

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS
(CON)VIVENTES DE HIV/AIDS UTILIZANDO O
REFERENCIAL TEÓRICO DE LEININGER

FLORIANÓPOLIS

1997/1

KARINA DA SILVA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS
(CON)VIVENTES DE HIV/AIDS UTILIZANDO O
REFERENCIAL TEÓRICO DE LEININGER**

**Trabalho de conclusão
do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade
Federal de Santa Catarina.**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0346

Autor: Silva, Karina da

Título: Assistência de enfermagem aos (c



972492100 Ac. 241597

Ex.1 UFSC BS CCSM CCSM

Orientadora: Maria Helena B. Westrupp

Supervisoras: Tânia Jussara Silva Pereira

Maria Raquel Wegner da Cunha Ferreira

Evely Marlene Pereira Koller

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0346

Ex.1

Florianópolis

1997

“Quando eu soube que estava com AIDS, achei que ia morrer. Um dia descobri que estava morrendo e o que estava me matando era eu achar que ia morrer, eu ia morrer, eu ia morrer... E foi interessante porque descobri minha mortalidade. É difícil descobrir que somos mortais, a gente precisa raciocinar para isso. Na medida em que a gente descobre que é mortal, pode-se descobrir a intensidade da vida (...).”

Heberte Daniel (1991)

RESUMO

O presente trabalho, foi desenvolvido para cumprir os objetivos da Disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Foi desenvolvido no ambulatório de DST/AIDS da Clínica de Orientação e Diagnose Municipal (CODIM), do município de Itajaí-SC. As atividades práticas basearam-se no Referencial Teórico de Leininger, que é fundamentado nos princípios do cuidado cultural, onde a mesma preconiza o respeito aos valores, crenças e as práticas individuais de cuidado somado aos conhecimentos profissionais. Seguindo este referencial, o trabalho transcorreu no período de 31 de março a 12 de junho de 1997. O mesmo relata a trajetória da acadêmica ao prestar assistência aos (con)viventes de HIV/AIDS, assim como aponta os resultados alcançados.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO..... | 10 |
| JUSTIFICATIVA..... | 15 |
| REVISÃO DE LITERATURA | 18 |
| REFERENCIAL TEÓRICO..... | 24 |
| Modelo do Marco Conceitual..... | 29 |
| OBJETIVOS | 30 |
| Objetivo Geral: | 30 |
| Objetivos Específicos: | 30 |
| METODOLOGIA | 31 |
| Descrição do campo de estágio | 31 |
| População Alvo | 32 |
| CRONOGRAMA..... | 33 |
| OPERACIONALIZAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO..... | 34 |
| Levantamento de Dados: | 34 |
| Diagnóstico | 35 |
| Plano de Cuidados..... | 35 |
| Avaliação | 36 |
| DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS SEGUNDO OS OBJETIVOS PROPOSTOS..... | 41 |
| CONCLUSÃO..... | 85 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 94 |
| ANEXOS..... | 98 |

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Aos (con)viventes com HIV/AIDS, por terem aceitado participar do trabalho. Posso dizer que aprendi muito junto a vocês, superei medos e preconceitos, desmitifiquei tabus criados em torno dessa doença, e hoje o que sinto é um imenso amor no coração e o privilégio de estar contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos portadores de HIV/AIDS. Vocês são a razão de toda a força que tive para ter elaborado e concluído este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha amorosa **Mãe**, por ser ela a razão de ter chegado até aqui. Apesar da distância, sempre senti a tua presença guiando meus passos, é como se fosse um anjo, que de tanta luz, irradia energia iluminando as pessoas e os caminhos. A persistência que tive para enfrentar as dificuldades, veio também, do exemplo de mulher que me destes, a coragem, a garra, a vontade de vencer e de mudar o mundo, a sabedoria... És a essência da minha vida...

Ao meu noivo **Washington**, que é para mim razão de vida, de luta, de conquistas, de amor. Quando cruzaste o meu caminho, sabia que iríamos segui-lo juntos, por ser você esta pessoa tão especial. Quero agradecer por estares sempre ao meu lado, nas horas boas e difíceis oferecendo-me compreensão, amizade, alegria e amor..., e por ter colaborado na execução deste trabalho.

Aos meus irmãos **Rafael** e **Luciano** que sempre me admiraram pelo curso que escolhi e pela vontade que tive para concluí-lo. Vocês são pessoas especiais, que de uma forma ou de outra estiveram sempre comigo.

Ao meu pai **Alberto**, que apesar da distância, contribuiu para que pudesse alcançar mais esta etapa da minha vida.

Aos meus **avós, tios e tias**, pelo apoio e incentivo que ofereceram a mim durante minha trajetória acadêmica.

À **Maria Helena**, orientadora do trabalho, por sua paciência, compreensão, sabedoria, carinho e simplicidade. Seu conhecimento ultrapassa os limites do saber, haja vista, seu exemplo profissional de visão holística que envolve todas as qualidades dignas de um ser humano, que além de sua competência, é capaz de demonstrar sentimentos de amor, necessários à vida das pessoas.

Aos profissionais do CODIM pela abertura de espaço e oportunidade de ter realizado o meu trabalho. Em especial gostaria de agradecer aos profissionais do ambulatório de DST/AIDS: às Enfermeiras **Raquel, Ieda, Tânia, Lita, Ismênia e Rose, Cleusa, Denise, Mirtes, e Darci**, posso dizer que vocês contribuíram muito para a minha formação profissional, oferecendo-me apoio e transmitindo as experiências por vocês vivenciadas. Espero com certeza continuar esta caminhada junto a vocês.

À Prof. **Evely**, pelos conhecimentos e coragem de ousar que transmitiste a mim, assim como pelos materiais bibliográficos e oportunidades de ter conhecido os trabalhos desenvolvidos pela UNIVALI/CETRHU.

Aos meus colegas de turma, pela convivência destes quatro anos. Em especial às minhas amigas **Isabel e Patrícia** por todo o companheirismo e o apoio mútuo, espero que nossa amizade não seja apagada pela distância, e que a saudade provoque em nós a vontade de

estarmos juntas sempre que nossas vidas permitirem. Ao **Marcelo** e **Jakçon** pelos bons e agradáveis momentos que desfrutamos juntos. A **Ivana** por ter também me oferecido força para seguir em frente com meu trabalho e por toda a amizade que construímos ao longo desses anos.

À **Vilde** minha sogra, por ter da sua maneira, com pequenos gestos de carinho, conforto e até mesmo por algumas tarefas que muitas vezes foi realizada pelas suas mãos, para que o meu tempo fosse aproveitado para os estudos, obrigado por tudo.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve como finalidade cumprir os objetivos da Disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, da VIII Unidade Curricular, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

、 Foi realizado no CODIM (Clínica de Orientação e Diagnose Municipal), especificamente no Ambulatório de DST/AIDS, onde foi prestado Assistência de Enfermagem aos (con)viventes* de HIV/AIDS, estendendo-se ao domicílio, além da realização de atividades na região do Porto e no Presídio de Itajaí, através da UNIVALI.

O município de Itajaí possui uma área de 304 km² com uma população aproximada de 130 mil habitantes. Limita-se ao sul com os municípios de Balneário Camboriú (centro turístico) e Camboriú, a leste com o Oceano Atlântico e a oeste com os municípios de Ilhota, Brusque e Gaspar.

Itajaí é sede da AMFRI (Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí), região que abrange os municípios de Balneário Camboriú, Bom-

* - (con)viventes - “1. Que convive”. 2. Bras., N.E. Dado a amores ilícitos; femeeiro. [...] 3. Pessoa que convive [...]” (Ferreira 1986 p.1838)

binhas, Camboriú, Ilhota, Itajaí, Itapema, Luiz Alves, Navegantes, Penha, Piçarras e Porto Velho.

A população desses onze municípios representou em 1991, 6,0% do contingente demográfico para uma área de somente 1,6% do Estado, o que resulta na elevada concentração de pessoas de 176 hab/km², contra a densidade demográfica média de 48hab/km² de Santa Catarina.(Koller, 1997).

A situação acima citada coloca a região como a mais urbanizada do Estado, pois 90% dos habitantes vivem nas cidades, principalmente nos municípios litorâneos.

A principal atividade econômica do município é a indústria pesqueira, aparecendo como um dos maiores portos pesqueiros do país. Possui também em sua base econômica as atividades portuária e o turismo, apontadas como elementos fundamentais para o elevado índice de relacionamento temporário e como possível rota do narcotráfico.

Como a indústria é pouco desenvolvida na região, a periferia da cidade abriga um grande contingente de migrantes que exercem atividades temporárias (no verão, nos municípios balneários) e de baixa remuneração no restante do ano.

Estatísticas do Ministério da Saúde apontam o município de Itajaí como o primeiro em incidência no país, com o número de casos de AIDS, acumulados de 545,1 para cada 100.000 habitantes (Brasil, Ministério da Saúde, 1996).

Segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, de 1984 até maio de 1997 foram notificados 668 casos de AIDS no município.

O município de Itajaí e região contam com programas para prevenção e tratamento da AIDS, desenvolvidos pelas seguintes instituições e serviços:

- CODIM: Clínica de Orientação Diagnose Municipal, situado na rua Felipe Schmidt (esquina Hercílio Luz) centro de Itajaí. Fundado em 8 de março de 1995 pela Secretaria Municipal de Saúde, conta atualmente com:

COAS: Centro de Orientação e Apoio Sorológico

Ambulatório de Tuberculose

Ambulatório de AIDS E DST

Ambulatório de Hepatite

Ambulatório de Hanseníase

Hospital Dia (em processo de implantação)

Atendimento Domiciliar Terapêutico

Os trabalhos são desenvolvidos por profissionais da área da saúde tais como: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais. O período de funcionamento é das 7:00 as 19:00 horas.

- UNIVALI: A Universidade do Vale do Itajaí realiza sistematicamente intervenção comportamental com calouros, alunos do Colégio de Aplicação da UNIVALI, funcionários do setor de apoio e comunidade em geral (mediante solicitação por ofício), na prevenção de DST/AIDS/DROGAS.

- CETRHU: Centro de Treinamento Recursos Humanos em DST/AIDS, situado na UNIVALI, dispondo de material audiovisual para a comunidade (com agendamento prévio), trabalhos externos de Pesquisa e Extensão com a população carcerária, profissionais do sexo e portuários.

A UNIVALI é uma instituição de ensino superior funcionando há 30 anos na cidade de Itajaí, Estado de Santa Catarina. Possui hoje cerca de 14.000 alunos e se projeta numa estrutura multi campi que abrange seis municípios, onde tem sedes atuantes. Dentre os 29 cursos de nível superior que oferece, seis são da área da saúde: Enfermagem e Obstetrícia, Odontologia, Fonoaudiologia, Psicologia, Farmácia e Bioquímica e Fisioterapia.

Segundo Regime Estatutário, desenvolve ações de Ensino Extensão e Pesquisa.

Através deste trabalho relatarei meu cotidiano junto aos (con)viventes de HIV/AIDS, que procuraram os serviços prestados pelo CODIM, bem como aqueles atendidos no domicílio. Para tal foi utilizado o Referencial Teórico de Leininger, que serviu de base para guiar minha prática e contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada.

A orientação do trabalho foi realizada pela Profa. Maria Helena B. Westrupp, do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina e supervisionado pelos seguintes profissionais:

Enfa: Tânia Jussara da Silva Pereira

Msc: Evely Marlene P. Koller (Coordenadora do CETRHU- UNIVALI)

Enfa. Maria Raquel Wegner da Cunha Ferreira (Enfa. do Ambulatório
DST/AIDS)

JUSTIFICATIVA

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida não só causa a depressão do sistema imunológico tornando o indivíduo susceptível a inúmeros processos infecciosos e a cânceres raros, como também reforça as crenças e valores em torno dos conceitos e (pre)conceitos sobre a homossexualidade, a bissexualidade, a vida sexual promíscua, e ao uso de drogas ilícitas.

Dentro do contexto da soropositividade o indivíduo fica à mercê dos julgamentos da sociedade, pois através do resultado de um exame positivo, pode ser explicitado o modo de vida do portador do vírus, levando a revelações, nunca imaginadas antes por membros da família, companheiro, comunidade, e colegas de trabalho. Diante destes fatores não fica difícil imaginar os sentimentos que norteiam o portador de HIV/ AIDS.

Constatando que a AIDS está cercada por crenças e valores e que estes são essencialmente culturais, interferindo na forma como a família e a sociedade como um todo irão aceitar, apoiar, cuidar, manter e/ou repadronizar o modo de vida do portador de HIV/AIDS, fica possível compreender que o cuidado de enfermagem precisa ser planejado a partir

das crenças e valores do ser cuidado, para garantir uma assistência de qualidade.

^ A partir desse pressuposto tornou-se pertinente a utilização do Referencial Teórico de Leininger, uma vez que a mesma preconiza o cuidado de enfermagem respeitando as crenças, a cultura, o cuidado popular, os costumes dos clientes, prestando um “ cuidado cultural coerente”.

Durante a minha trajetória acadêmica tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a portadores de HIV e clientes com AIDS.

Primeiro, na V Fase, para um bebê de três meses de vida, filho de mãe com HIV, presidiária e usuária de drogas, que recebia cuidados da avó paterna. Convivi e senti o drama e os transtornos causados pela história de vida dessas pessoas e pelas consequências da AIDS. Posteriormente na VI Fase, prestei assistência para um homem de 28 anos, usuário de drogas intravenosas, servente de pedreiro em construção civil, desempregado, pai de um menino de 8 anos, cuja mulher ainda não sabia se havia contraído o vírus. E por último, na VII Fase, para uma paciente do Hospital Psiquiátrico Colônia Santana de 25 anos, que havia sido infectada pelo companheiro, usuário de drogas intravenosas.

Essa convivência, em três situações diferentes acometidas por um único causador, o HIV, fez despertar em mim um grande interesse pela área, não talvez pela doença em si, mas sim pelo impacto que a mesma causa nos portadores, na sua família e na sociedade como um todo diante de algo ainda cercado de (pre)conceitos.

Chegada a hora da decisão e diante de meus questionamentos, concluí que precisava aprender junto a esses indivíduos e superar os (pre)conceitos para engajar-me na luta contra a pandemia da AIDS, que já levou o vírus a 18 milhões de adultos e a 1,5 milhão de crianças em todo mundo, e no Brasil a 76.000 indivíduos, que diagnosticados ou não, podem estar contaminando outras pessoas.(Lima et al 1996).

REVISÃO DE LITERATURA

Estamos diante de uma epidemia que há mais de uma década vem ocasionando transformações sociais e culturais.

“No início a AIDS dominava o medo, a ignorância, o preconceito e a sensação de impotência perante a doença. Hoje existe uma onipresente informação sobre ela; passou a ser comum, está perto de todos nós, extravasou as áreas reservadas e exóticas com as quais fora identificada. Os anos se passaram, a intensa pesquisa, a luta, e as múltiplas formas de assistência e tratamento, invenção de estratégias para responder coletiva e individualmente a essa epidemia que apanhou o mundo de surpresa no final do século XX”. (Parker, 1994 p.13)

Segundo (Greco et al. 1993 p. 636), “a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida foi descrita pela primeira vez em 1981, diante da constatação de inúmeros casos de Sarcoma de Kaposi e pneumonia por *Pneumocystis carinii* em pessoas jovens, previamente saudáveis, que se apresentam aos serviços de saúde de grandes centros americanos, e fez surgir suspeitas sobre uma nova entidade nosológica que se caracterizava por depleção do sistema imune, propiciando o aparecimento de várias infecções de caráter oportunista, neoplásicas e/ou infecciosas”.

Com o surgimento dos primeiros casos atribuiu-se que a doença era proveniente de homossexuais e bissexuais masculinos, devido ao estilo de vida destes indivíduos. “Isso fez com que a sociedade moderna e a comunidade científica assumisse uma postura preconceituosa contra esta população, dando ensejo ao uso do termo “*peste gay*”, para a nova doença”.(Greco et al. 1993 p.637).

Mais tarde, 1982/1993, constatou-se casos da doença, em usuários de drogas endovenosas, em hemofílicos, em pessoas politransfundidas e em crianças nascidas de mães com HIV.

Nesta mesma época o vírus foi isolado na França, no Instituto Pasteur de Paris, em pacientes que apresentavam aumento de gânglios linfáticos, sendo denominado de LAV, de *Lymphadenopathi-Associated Virus*. Posteriormente foi isolado novamente no laboratório do Instituto Nacional do Câncer, dirigido pelo Dr. Roberto Gallo, recebendo a denominação HTLV-III (*Human T-Lymphotropic Retrovirus*). Em 1986 passou-se a usar denominação unificada de HIV-1 (*Human Immunodeficiency Virus*).

Com a descoberta do agente etiológico foi possível desenvolver testes Sorológico para detecção da infecção pelo HIV, através da pesquisa de anticorpos pelas técnicas de Ensaio Imuno-Enzimático (ELISA) e Western-Blot.

De acordo com (Lima et al. 1996 p. 351), o “HIV é um vírus com genoma RNA, da família *Lentiviridae*. Pertence ao grupo dos retrovírus não citopáticos e não oncogênicos que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada Transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, que então pode integrar-

se ao genoma do hospedeiro. Existem dois tipos de HIV, denominados HIV-I e HIV-II. O HIV-I foi originalmente denominado Vírus Linfotrópico de células T humanas do tipo III (HTLV-III) ou vírus associado à linfadenopatia (LAV). O HIV-II, foi isolado em 1985. A homologia genética dos dois tipos de HIV é de aproximadamente 40-45%, determinando a codificação e síntese de diversos produtos gênicos semelhantes, o que justifica a taxa de sororreatividade cruzada entre ambos, observada aos testes sorológicos diagnósticos”.

“ O HIV infecta seletivamente a célula T4 (ou CD4+). De fato, alguns estudos mostram que o receptor celular para o vírus é realmente a própria molécula CD4. O HIV é citopático para as células infectadas, levando eventualmente a sua destruição. O resultado da infecção das células T4 é um defeito quantitativo nas mesmas. Indivíduos imunologicamente normais possuem cerca de 600-1200 células T4/mm³. Pacientes com AIDS possuem geralmente 0-500 células T4, e mesmo indivíduos assintomáticos infectados por HIV possuem, com frequência, um número inferior ao normal de linfócitos T4. [...] O número de célula T4 parece estar relacionado à evolução clínica. Devido ao número reduzido de células T4, o paciente apresenta-se geralmente linfopênico (contagem linfocítica total baixa) e sua proporção células T4: células T8 (normalmente 2:1) é baixa. O número de células T8 em casos de AIDS mostra-se geralmente normal, podendo apresentar-se levemente aumentado ou diminuído.” (Flaskerud, (1990) apud Varela e Girardi, 1996 p. 2).

As chamadas doenças oportunistas desenvolvem-se em decorrência de uma alteração imunitária do hospedeiro, o que oferece oportunidade para o surgimento de determinadas doenças. Estas são

geralmente de origem infecciosa, porém várias neoplasias também podem ser consideradas oportunistas. (Lima, et al. 1996).

As manifestações clínicas da AIDS são generalizadas e podem afetar qualquer sistema do organismo. As doenças mais comuns associadas à infecção pelo HIV e a AIDS são:

- VIRALIS: Herpes simples (mucocutâneo crônico ou dissiminado), citomegalovírus, papovavírus (leucoencefalografia multifocal progressiva).
- PARASITÁRIAS: Pneumonia por *Pneumocystis carinii*, toxoplasmose, strongiloidíase, e outras.
- FÚNGICAS: Candidíase- esofagiana ou pulmonar, criptococose, histoplasmose, e outras.
- BACTERIANAS: *Mycobacterium avium-intracelulare* (MAI), *Mycobacterium Kansasii*.
- NEOPLASIANAS: Linfoma cerebral isolado, Linfoma não Hodgkin, Sarcoma de Kaposi.

Os sinais e sintomas clínicos caracterizam-se por linfadenopatia em dois ou mais locais não-inguinais, febre igual ou superior a 38C, intermitente ou contínua, diarréia inespecífica, fadiga, astenia e sudorese noturna inexplicada. (Brunner e Suddart, 1994).

“O AZT foi a primeira droga anti-retroviral aprovada pela FDA, órgão responsável pela liberação de drogas nos USA, em 1987.

Um estudo multicêntrico, duplo-cego, controlado com placebo, mostrou a eficácia do AZT em prolongar a sobrevida dos pacientes em etapas avançadas da doença. Houve também uma diminuição na

incidência de infecções oportunistas, ganho de peso, melhoria na capacidade funcional e elevação das células CD4 nesses indivíduos.

Porém, com uso da terapêutica prolongada com o AZT, apareceram efeitos tóxicos, principalmente hematológicos (anemia, granulocitopenia) e além disso houve uma diminuição da efetividade da droga, com melhoria imunológica parcial e transitória, demonstrando aparecimento de resistência à droga e falha terapêutica”. (Lima, et al. 1996).

Atualmente, está sendo utilizado uma nova terapia antiretroviral, que consiste na combinação do AZT+dodanosina (ddl), ou AZT+zalcitabina (ddc) e outras drogas diante da falha da monoterapia inicial. É necessária a medida de carga viral como método laboratorial, para o monitoramento terapêutico frente a complexidade dos esquemas de tratamento anti-retroviral. A carga viral plasmática vem ganhando importância crescente como um muito valorizável marcador, tanto para prever a progressão, como para monitorizar a resposta ao tratamento anti-retroviral

Diante das consequências que a medicação causa no (con)vivente de HIV/AIDS, tornou-se evidente que não só a terapêutica medicamentosa é importante para prolongar a vida do portador, mas também a melhoria da qualidade de vida através de ações simples, que possibilitem ao indivíduo prevenir-se das infecções oportunistas.

“É necessário trabalhar no sentido de se reestruturar a capacidade natural de defesa do organismo, e não simplesmente tentar matar ou eliminar os vírus”. (Bontempo, s/d).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as relações heterossexuais são a principal forma de transmissão do HIV do ponto de vista global. Isto desmitifica o tabu que esta epidemia causou como sendo exclusivamente ligada à comunidade “gay”.

Mesmo antes da descoberta do agente etiológico da AIDS, no início dos anos 80, evidências epidemiológicas apontavam outros grupos populacionais além dos homens que tinham relações sexuais com outros homens. Foram então identificados os receptores de sangue e derivados seguidos pelos usuários de drogas intravenosas - UDI e seus parceiros, heterossexuais ou não, caracterizando de modo inequívoco a transmissão heterossexual. Posteriormente foi identificada a transmissão vertical, de mãe para filho e a transmissão ocupacional, em profissionais da área da saúde, através de ferimentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes soropositivos para o HIV. (Lima, et al. 1996).

Verusio (1989) apud Westrupp e Souza (1994), enfatiza que a possibilidade de transmissão do HIV, para trabalhadores da assistência à saúde, com exposição ocupacional a pacientes infectados tem causado preocupação desde o aparecimento da AIDS.

Até 1995, segundo dados divulgados pelo CDC (“Center for Disease Control and Prevention”) 46 profissionais de saúde foram contaminados com o HIV em acidentes de agulha ou bisturi. (JSBI, 1995).

Apesar da existência de normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde em relação a notificação de casos de AIDS, a subnotificação existe, mascarando os dados reais existentes em nosso país.

* REFERENCIAL TEÓRICO

O trabalho desenvolvido junto aos (con)viventes de HIV/AIDS, foi norteado por um marco conceitual que possibilitou, de alguma forma, direcionar a assistência prestada.

Neves e Gonçalves, apud Cardoso, 1984 definem marco conceitual como “uma construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação [...]” e bem como, no meu entendimento, desenvolver o processo de Enfermagem.

O marco conceitual para o desenvolvimento da assistência foi o da “Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado” de Madelaine Leininger, do qual utilizei alguns conceitos básicos, sendo que para guiar a assistência de Enfermagem utilizei o modelo adaptado de Koller (p.29) e que adiante estão especificados.

Diversidade Cultural de Cuidado

“É a variação de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado que são culturalmente originários dos homens para seu bem

estar ou para aperfeiçoar uma condição ou modo de vida homens, ou para enfrentar a morte”.(Leininger, 1985)

Universalidade Cultural de Cuidado

“São significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado comuns, semelhantes ou uniformes, culturalmente originários dos homens, para seu bem-estar ou para aperfeiçoar a condição e modo de vida homens ou para enfrentar a morte”.

(Leininger, 1985).

Cultura

“Cultura se refere aos valores, crenças, normas e modo de vida praticados, que foram apreendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões, ações, de formas padronizadas.”

(Leininger, 1985).

Cuidado Cultural

“São valores, crenças e expressões padronizadas cognitivamente conhecidas, que auxiliam, dão apoio ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem estar, a melhorar uma condição ou vida humanas ou enfrentar a morte e as deficiências”.

(Leininger, 1985)

Cuidado popular

“São práticas de cura ou de cuidado de saúde nativas, locais ou tradicionais que possuem significados e usos especiais para curar ou ajudar pessoas, geralmente oferecidos em casas de família ou em contextos ambientais comunitários, com seus profissionais locais”

(Leininger, 1985)

Cuidado Profissional

“Serviços de cuidado ou de cura profissionais, oferecidos por pessoal de saúde diversificado que foi preparado, através de programas de estudo profissionais e formais, em instituições educacionais especiais”.

(Leininger, 1985)

Saúde

“Estado de bem-estar, culturalmente definido, avaliado e praticado e que reflete a capacidade que os indivíduos (ou grupos) possuem para realizar suas atividades quotidianas, de uma forma culturalmente satisfatória”.

(Leininger, 1985)

Contexto Ambiental

“É a totalidade de um acontecimento, situação ou experiência particular que confere sentido às expressões humanas, incluindo interações sociais, dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais”.

(Leininger, 1985)

Enfermagem

“Fenômeno que necessita ser explicado. [...] a enfermagem é essencialmente, uma profissão que envolve cuidado cultural coerente, uma vez que as enfermeiras oferecem cuidado a povos de várias culturas diferentes.”(Leininger, 1985)

Além dos conceitos mencionados, não poderíamos deixar de apresentar a conceituação de “Homem” e “Família”, uma vez que esse é o ator principal da assistência, bem como sua família. Razão pela qual os identifiquei como (con)viventes de HIV/AIDS.

Homem

“É um todo inserido em um ambiente físico, cultural e social, econômico e político. Possui valores próprios, simbolicamente adquiridos e generalizados ao seu meio.

O homem percebe o mundo através dos sentidos, e a si mesmo através dos sentidos e por isso pode contar com os recursos próprios

(valores internos) para manter a qualidade de vida, de acordo com sua percepção saúde-doença.

Como ser social e cultural, o homem tem muitas necessidades, usualmente preenchidas por normas culturais e interação com os sistemas que compõem a estrutura social.

Os cuidados são essenciais ao homem desde o nascimento, crescimento, desenvolvimento, sobrevivência humana e morte pacífica em todas as culturas do mundo.” (Adaptada por Koller, 1992).

Família

Leininger não traz explicitamente um conceito sobre família, mas dentro da estrutura social faz referência ao sistema de parentesco.

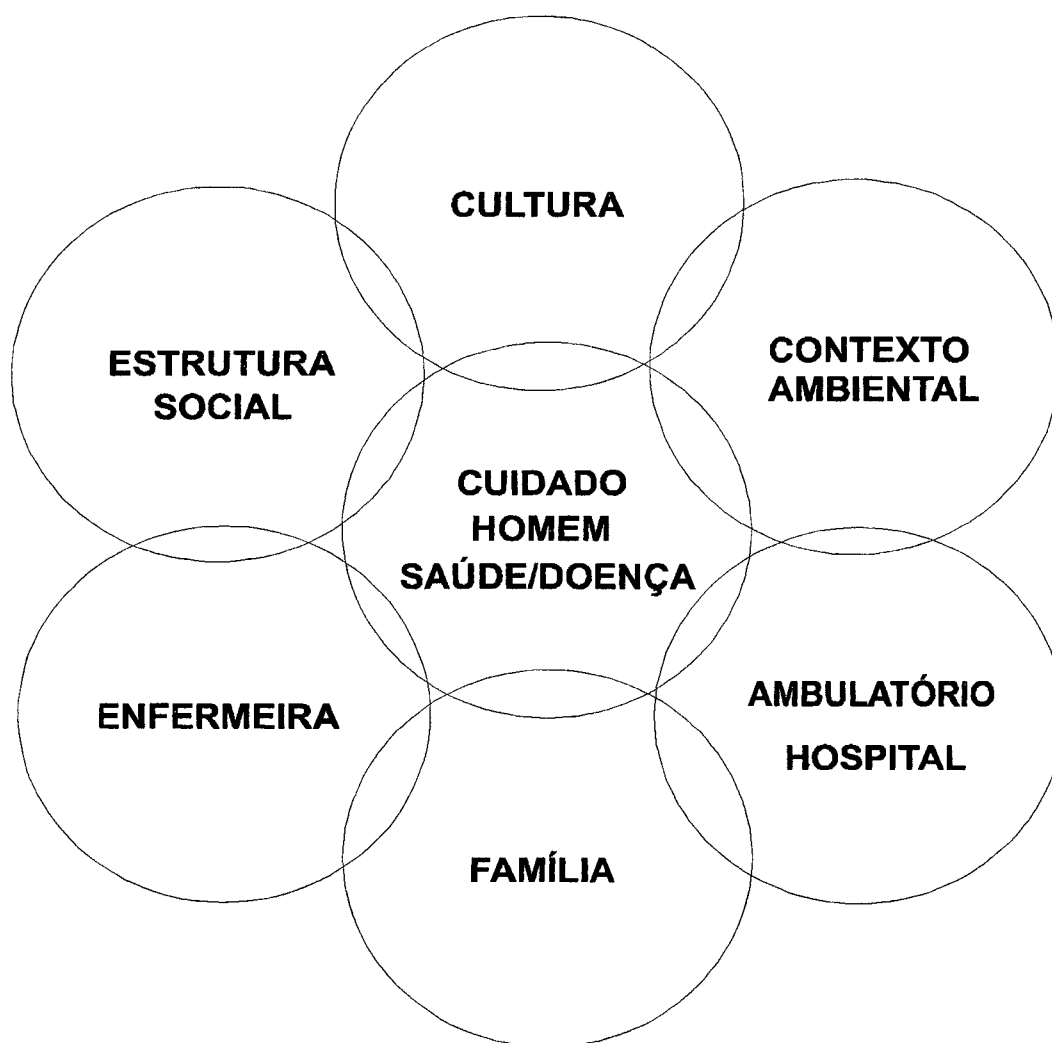
Para Reis (1986), a família constitui-se de uma complicada trama social e histórica. Ela não é algo natural, biológica, mas uma instituição criada pelos homens em relação, que se constitui de formas diferentes para responder às necessidades sociais.

Psicologicamente, a família é formada pelas interações dos seus membros e por seus sentimentos uns pelos outros e pela maneira como interagem na vida cotidiana.

Modelo do Marco Conceitual

Os componentes da Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado, são expressados por um modelo que tem como objetivo auxiliar no estudo “da maneira como os componentes da teoria influenciam o estado de saúde dos indivíduos, da família, grupos e instituições, bem como o cuidado oferecido a eles, numa cultura.” (George, 1993.)

Neste Trabalho utilizei o modelo adaptado por Koller, (1992) que pode facilitar melhor o entendimento de sua aplicação.



OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Assistir aos (con)viventes de HIV/AIDS, utilizando o Referencial Teórico de Leininger, através do modelo de Koller.

Objetivos Específicos:

1. Prestar cuidado de Enfermagem aos (con)viventes de HIV/AIDS no contexto sócio - econômico - cultural.
2. Verificar as dificuldades encontradas pelos (con)viventes de HIV/AIDS, relacionadas ao cotidiano, como contribuição para a melhoria da qualidade de vida.
3. Participar dos trabalhos realizados pela equipe de saúde para prestar assistência aos (con) viventes de HIV/AIDS.
4. Identificar dificuldades da equipe de saúde, no seu cotidiano de trabalho para a assistência aos (con)viventes de HIV/AIDS.

METODOLOGIA

Descrição do campo de estágio

A Clínica de Diagnose e Orientação Municipal, foi criada frente a necessidade de atender a grande demanda de pessoas com DST/AIDS, e desde 1995 vem atendendo a população do município de Itajaí e região. Possui cinco ambulatórios nos quais são atendidos pessoas para diagnóstico e tratamento de hanseníase, hepatite, tuberculose e DST/AIDS, incluindo o COAS. Há projetos para implantação do Hospital Dia que tem como objetivo prestar assistência aos portadores do vírus que necessitam de terapêutica medicamentosa. A Clínica conta também com Atendimento Domiciliar terapêutico (ADT), que presta assistência a pacientes que recebem alta Hospitalar e que porventura precisem de atenção especial. Este serviço conta atualmente com uma Enfermeira, uma Assistente Social, uma Psicóloga e uma Auxiliar de Enfermagem, sendo que não há um médico específico para realizar atendimento no domicílio. Assim, o paciente procura o ambulatório e a equipe se encarrega de conversar com médicos do programa de DST/AIDS.

Os projetos de Pesquisa e Extensão da UNIVALI, desenvolvidos no Porto e no Presídio foram visitados e adiante estão descritos nesse relatório.

População Alvo

A população assistida por mim, durante o estágio foi composta por (con)viventes de HIV/AIDS, que compareceram aos serviços prestados pelos profissionais do Ambulatório de DST/AIDS, bem como alguns pacientes incluídos no ADT.

Para o desenvolvimento do projeto assistencial e para cumprir os objetivos estabelecidos de acordo com o Referencial Teórico escolhido, selecionei um paciente o qual fazia parte do ADT, e outros do ambulatório. Pela diversidade dos pacientes, achei necessário descrever a minha vivência de forma que pudesse passá-la da maneira mais autêntica possível.

Usei como critérios para escolha dos (con) viventes de HIV/AIDS, aqueles que aceitaram participar do trabalho, tanto no ambulatório como no domicílio e eventuais internações hospitalares.

Escolhi clientes admitidos pelo ADT, para que pudesse prestar assistência no domicílio, facilitando assim meu acesso até aos (con) viventes com HIV/AIDS.

No decorrer do estágio mantive contato com quatro famílias, sendo que optei por duas para desenvolver o meu projeto, tendo em vista o curto espaço de tempo estabelecido para o desenvolvimento do trabalho.

CRONOGRAMA

| Atividades | Período | Local |
|---|------------------|------------------------|
| Elaboração do projeto | 05.03 a 20.03.97 | CCS/CODIM /UNIVALI |
| Entrega do Projeto a banca | 21.03.97 | CCS-UFSC |
| Apresentação do Projeto | 25.03 a 26.03.97 | Auditório Teixeira CTC |
| Início do Estágio | 31.03.97 | CODIM |
| Apresentação da acadêmica aos profissionais e pacientes | 31.03.97 | CODIM |
| Reconhecimento das rotinas | 02.04 a 04.04.97 | CODIM |
| Adaptação da Acadêmica na Instituição | 07.04 a 11.04.97 | CODIM |
| Desenvolvimento da Assistência segundo Marco Conceitual | 14.04 a 12.06.97 | CODIM/PORTO |
| Avaliação da Disciplina | 09.05.97 | Auditório do CCS |
| Término do Estágio | 12.06.97 | CODIM/PORTO |
| Entrega do Relatório à Banca | 02.07.97 | Coordenadoria do Curso |
| Entrevista com a Banca | 07.07.97 | A combinar |
| Apresentação dos Relatórios | 09.07 a 11.07.97 | Auditório do CCS |
| Entrega do Relatório Final | 17.07.97 | Coordenadoria do Curso |
| Entrega das notas à coordenação da Fase | 18.07.97 | |

OPERACIONALIZAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO

Para obter um melhor desenvolvimento do trabalho e do desempenho da acadêmica o processo de enfermagem foi composto de quatro partes:

Levantamento de Dados:

A coleta de dados inicia junto ao primeiro encontro com o (con)vivente de HIV/AIDS. Esta fase do processo é também chamada de descoberta (Beyer e Dudas (1989), apud Koller).

Para Leininger, o levantamento de dados deve incluir informações sobre a cultura, o contexto ambiental, conceitos de saúde-doença, cuidado, estrutura social e econômica, valores e crenças culturais do cliente.

É neste momento que se evidencia a relação acadêmica/paciente, necessária para obtenção dos dados.

No desenvolvimento do trabalho durante as visitas domiciliares e de acordo com o envolvimento com os (con) viventes procurei de maneira informal, ou seja através das conversas obter os dados

registrando-os depois preencher o formulário, pois a atitude de escrever na frente dos clientes poderia de certa forma causar constrangimentos. Alguns dados foram colhidos no próprio prontuário para evitar perguntas repetitivas e maçantes.

Diagnóstico

Segundo Leininger (1985 p.292) “após a identificação das características que são universais ou comuns nas culturas e aquelas que são diferentes ou específicas à cultura que está sendo avaliada, pode ser elaborado um diagnóstico de enfermagem”.

Os dados foram registrados diariamente para que através deles fosse feito o diagnóstico de enfermagem.

Plano de Cuidados

Após a identificação dos problemas dos (con)viventes de HIV/AIDS, é preciso planejar o cuidado respeitando crenças, valores, para que este consiga normatizar seu estilo de vida de acordo com a nova situação de saúde-doença. (Koller, 1992).

Nesta implementação foram utilizados os componentes do cuidar elaborados por Bohes e Patrício (1988), apud Koller (1992), a partir do

referencial de Leininger: “prever, dar atenção, comprometer-se, trocar idéias, ouvir, auxiliar ações técnicas e físicas, esclarecer, refletir com, ações de educação em saúde, socorrer, sustentar, nutrir, apoiar, confortar, capacitar, procurar informação, agir para, ter afeição por, assistir alguém, envolver-se com, sentir por, disposição para, conhecer a realidade do outro, coordenar, supervisionar, ternura, trocar, compreender.”

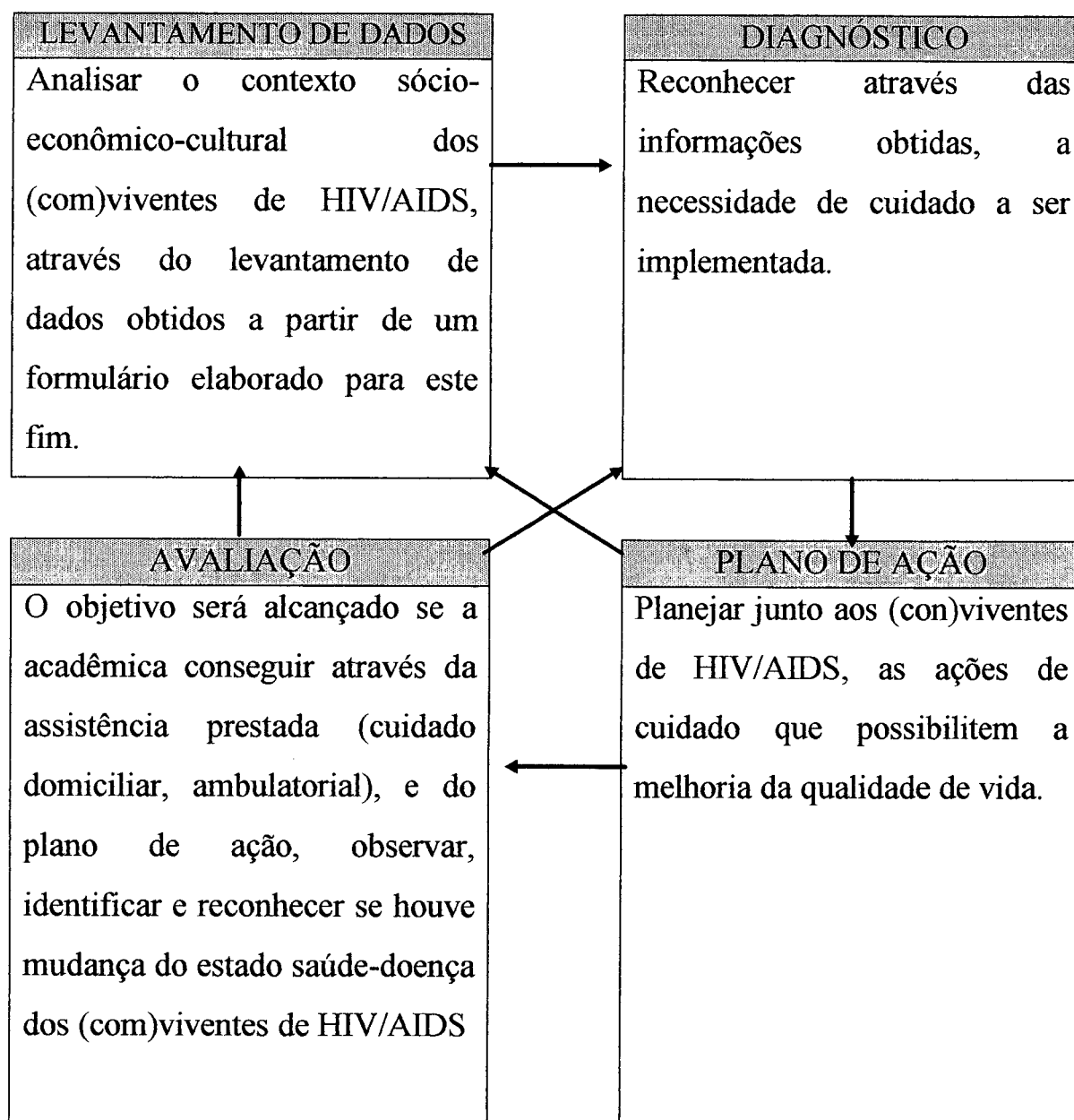
Com base nos registros realizados os cuidados foram planejados em conjunto com os (con)viventes de HIV/AIDS, para garantir a melhoria da qualidade de vida e da assistência prestada.

Avaliação

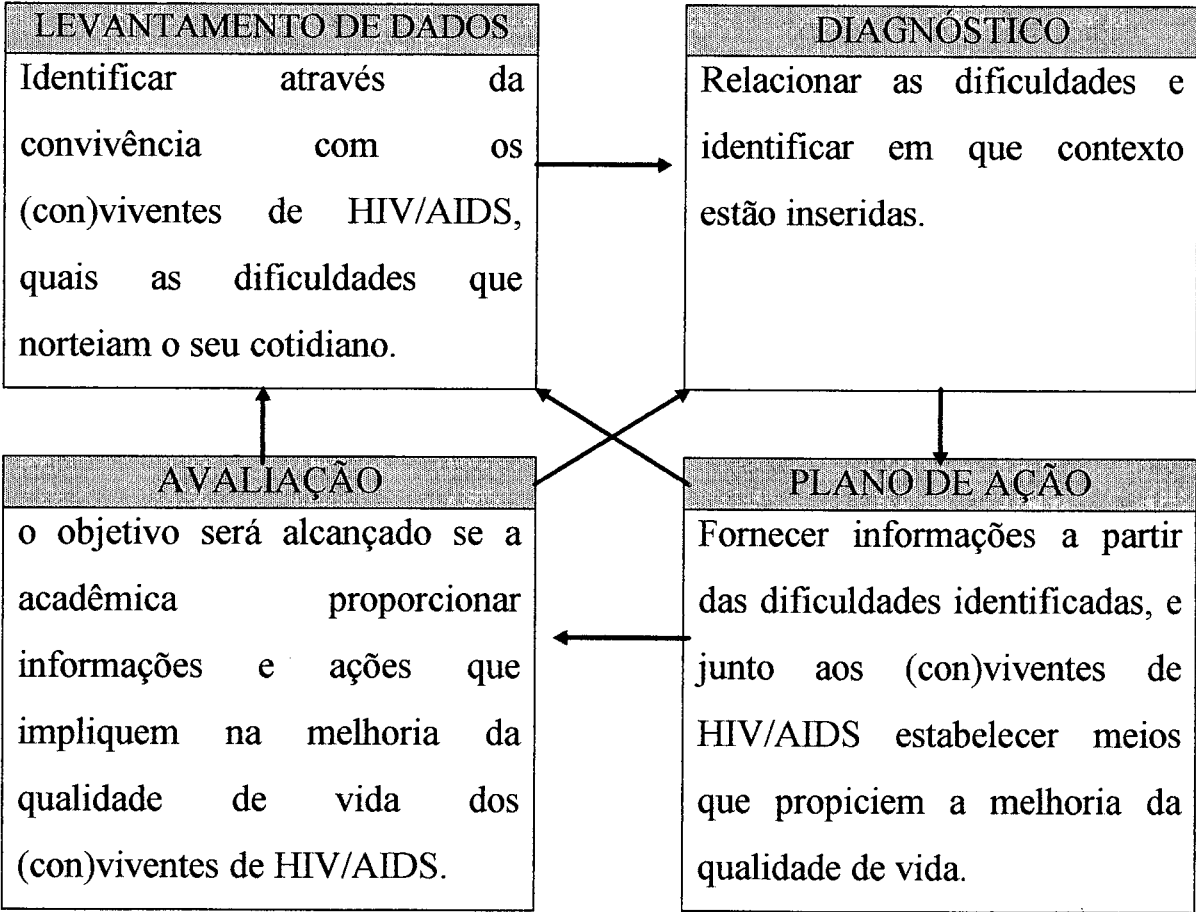
É a fase em que se constata a manutenção do cuidado implementado. A avaliação pode ser feita através da visita domiciliar subsequente, ou quando o (con)vivente procura o ambulatório, ou ainda em outras oportunidades surgidas durante o processo de cuidar.

Além disso foram feitas análises dos dados e informações obtidas de forma a implementar as ações assistenciais prioritárias, com vistas à melhoria das condições de saúde/doença dos (con)viventes.

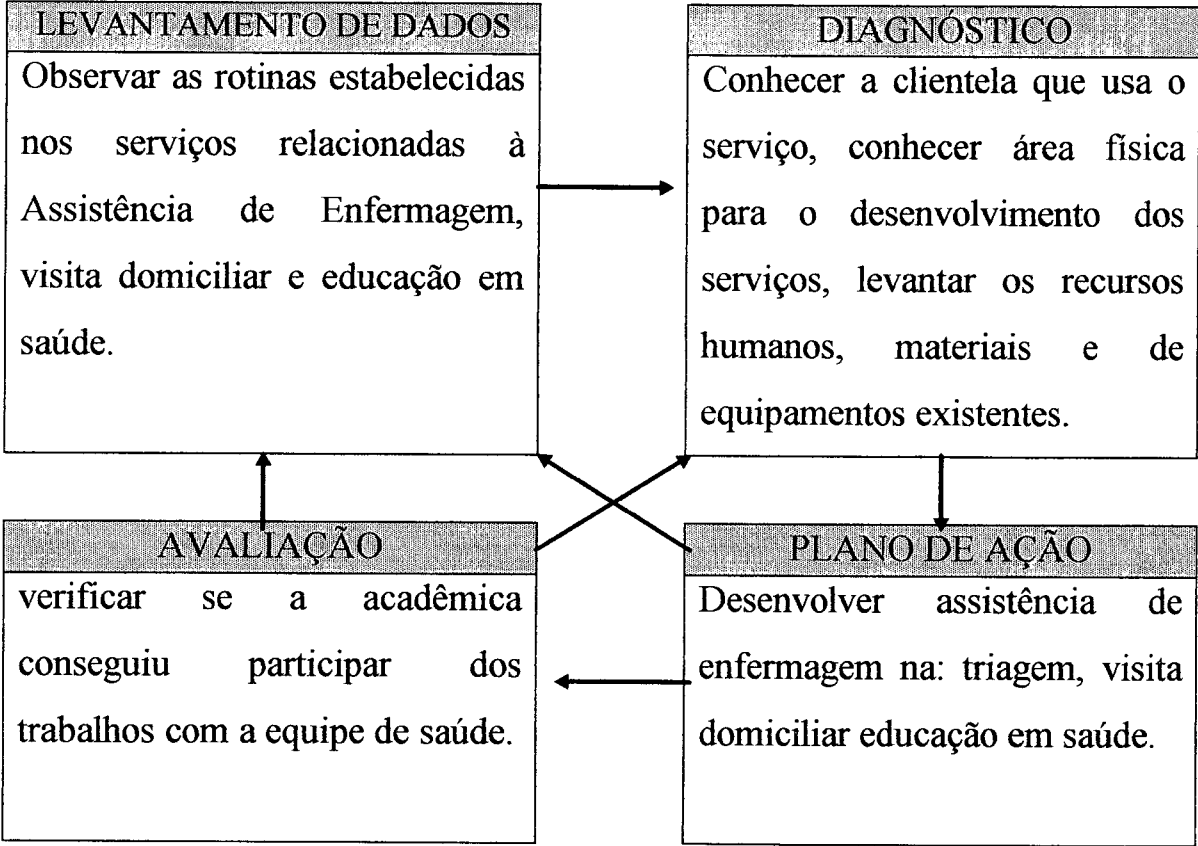
Objetivo Específico: Prestar cuidado de enfermagem aos (con)viventes de HIV/AIDS no contexto sócio-econômico-cultural.



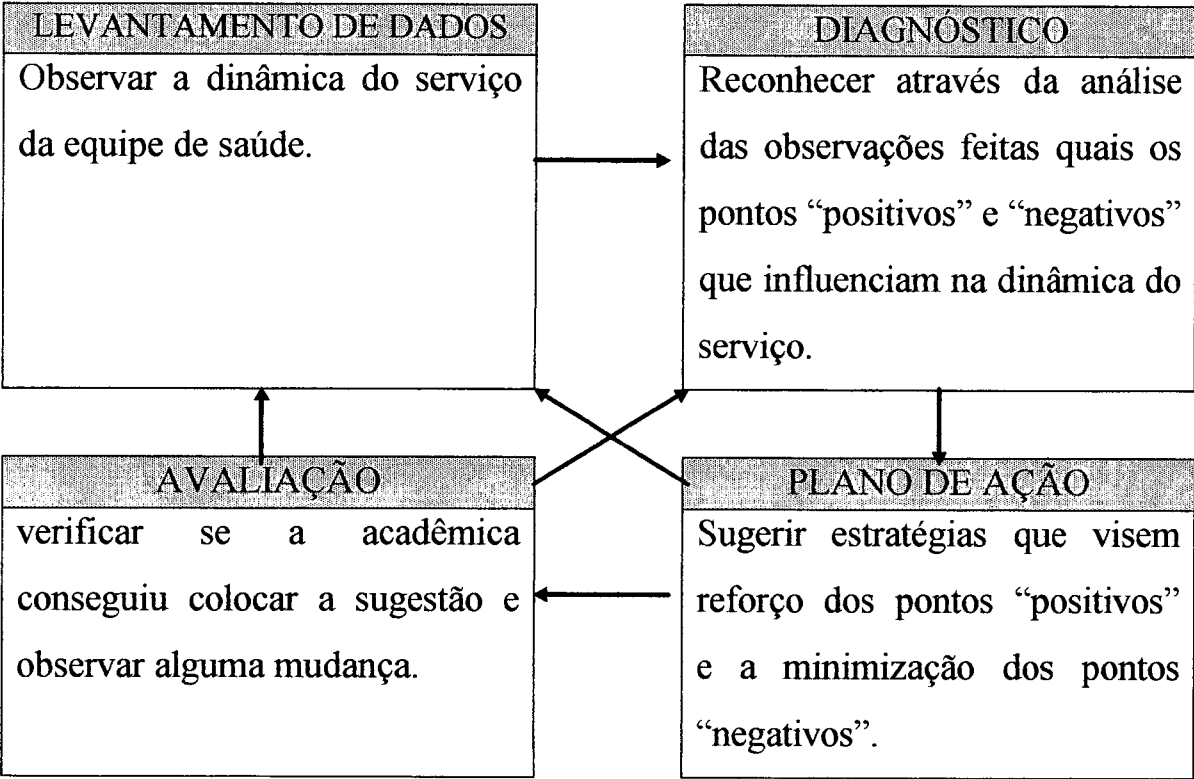
Objetivo Específico: Verificar as dificuldades encontradas pelos (con)viventes de HIV/AIDS, relacionadas ao cotidiano, como contribuição para a melhoria da qualidade de vida.



Objetivo Específico: Participar dos trabalhos realizados pela equipe de saúde para prestar assistência aos (con)viventes de HIV/AIDS.



Objetivo Específico: Identificar as dificuldades da equipe de saúde no cotidiano aos (con)viventes de HIV/AIDS.



DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS SEGUNDO OS OBJETIVOS PROPOSTOS

Objetivo Específico I: Prestar cuidado de enfermagem aos (con)viventes de HIV/AIDS no contexto sócio-econômico-cultural.

Para alcançar este objetivo foi utilizado o processo de enfermagem adaptado por Koller (1992), já mencionado neste trabalho.

O instrumento para coleta de dados serviu como guia para que as informações colhidas fossem registradas e processadas devidamente.

A seguir descrevo minha trajetória junto aos (con)viventes de HIV/AIDS no qual o processo de enfermagem é mostrado através das falas acadêmica/(con)viventes.

(Con)viventes HIV/AIDS I

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

V.F.P, 53 anos, casado, pai de três filhos, gerente de vendas aposentado, católico, terceiro grau incompleto. Soropositivo desde 1991. Sua esposa relata que na época apesar dos sintomas evidentes e da orientação médica para realizar o exame, tinha medo e não queria realizá-lo, tendo atitudes de revolta. Porém, em dezembro de 1991 resolveu realizar o teste, tendo o resultado reagente para o HIV. Acredita que se contaminou por contato sexual.

No começo sofreu crises depressivas, depois aos poucos foi aceitando o fato. Sua esposa realizou vários testes tendo soropositividade negativa.

Em 1992, após a morte de sua mãe, ficou cego devido à ação do Citomegalovírus. Apesar disso sempre frequentou o ambulatório do CODIM, e há quem diga que sempre foi muito bem humorado e acompanhado do seu rádio de pilha, conversando e informando as pessoas que ali estavam.

Em fevereiro de 1997 esteve internado no Hospital Marieta Konder Bornhausem, em Itajaí, ficando em estado de semi- coma por vários dias. Ao receber alta hospitalar e necessitado de cuidados

especiais de Enfermagem, foi encaminhado ao ADT(Atendimento Domiciliar Terapêutico).

Meu primeiro encontro com o Sr. V. e sua esposa se deu logo no primeiro dia de estágio, momento este, que sempre faz despertar a curiosidade, a insegurança, o medo... Foi então que acompanhei a Enfa. Ieda à residência do Sr. V. para prestar-lhe assistência de enfermagem.

No caminho, guiada por meus pensamentos imaginava o que iria acontecer comigo durante este período de estágio, afinal, como não temer situações novas e inesperadas, principalmente em se tratando de uma doença tão questionada pela sociedade atualmente? Como seriam as condições de vida dessa pessoa? Qual seu estado de saúde atual? Imaginei alguém pobre e desamparado, doente e caquético.

Casa de alvenaria em reformas, condição sócio-econômica aparentemente boa. Fomos bem recebidas. A Enfermeira Ieda apresentou-me à dona da casa, e a mesma foi logo nos convidando a entrar, levando-nos diretamente ao paciente acamado. Para minha surpresa, Sr. V. um homem de 53 anos, estava acamado mas não apresentava uma aparência caquética como pensei, mas sim uma pessoa com vontade de viver, cuidado com amor e carinho.

Nos mínimos detalhes ela nos relatou as condições do marido, referindo manchas vermelhas na região dorsal e algo parecido com uma fistula na região anal.

Pelo fato da Enfermeira estar resfriada eu examinei o paciente, o qual apresentava-se, pouco comunicativo, prostrado, apático, anorético, afebril, pressão arterial 110/70mmhg, manchas na pele pelo corpo, lesões de escara em região coccígea, edema em MMII, dor e

vermelhidão em região anal; fazendo uso de fraldas, dependente dos cuidados da esposa por estar cego. A esposa referiu que quando retirado da cama ele apresentava contrações musculares (convulsão? hipotensão postural?)

O que mais me impressionou não foi o estado doente do paciente, mas sim o carinho e a dedicação da esposa para com o marido doente.

Terminados os procedimentos, nos despedimos e marcamos visita para o dia seguinte.

As informações obtidas através da assistência de Enfermagem foram passadas para o prontuário do paciente e comunicadas ao médico como contribuição da melhoria do estado de saúde do mesmo.

No dia 01/04/97, o carro do ADT (Atendimento Domiciliar Terapêutico) chegou às 11 horas. Quando cheguei na casa, Dona A. não estava, então conversei um pouco com o Sr. V. e deixei o material (medicamentos, luvas de procedimento, etc), com uma moça responsável por ele naquele momento

Quando voltei para o CODIM encontrei Dona A., e então conversei melhor com ela, marcando nova visita.

... 02/04/97. Chegamos na casa do Sr. V., levamos uma cadeira de banho, bacia de inox, fraldas geriátricas e soro para ser administrado. Ele estava dormindo, e enquanto preparávamos a medicação, conversei com a Dona A. a respeito do meu trabalho a ser desenvolvido, sendo que a mesma aceitou participar e colaborar com tudo que fosse necessário, inclusive disse que o marido sempre gostou de dar entrevistas e que ele não tinha receio algum em participar.

Portanto, neste dia ficou estabelecido os primeiros (con)viventes que fariam parte do meu trabalho.

03/04/97. Passamos (eu e o motorista seu Ivo) na casa do Sr. V., para uma visita rápida, pois já era quase meio dia, o paciente não referiu queixas, e segundo Dona A. ele havia melhorado bastante.

08/04/97. Apesar do ADT não ter agendado atendimento ao Sr. V., resolvi visita-lo. Estava tomando banho no leito, comunicativo, falando piadinhas...

Dona A. me contou que ele falou à Cida (auxiliar de enfermagem), que a sua hora estava chegando, “sei que estou no fim...” Para mim ele não faz esses tipos de comentários, tendo mencionado inclusive em ajudar o filho a comprar um carro, pois ajudou os outros também... ironicamente disse: “Se esse homem morre eu é que vou ficar com as dívidas, sorriu...”

16/05/97. Dona A. veio ao ambulatório conversar com o médico a respeito do esposo. Nos relatou que no dia anterior ele havia tido crises de dor muscular e preocupada solicitou remédios ao médico.

No período da tarde fui visita-lo, estava mais calmo, aliviado por não ter sentido mais dor e com eles tive o seguinte diálogo:

“ _ Como o Sr. está seu V.?

_ Graças a Deus estou melhor essa injeção que o Dr. Volmem receitou é milagrosa?

_ E que injeção é esta?

_ Esta aqui, mostra Dona A., Dexalgen.

_ Que bom!

_ Olha menina, pensei que ia morrer, cheguei a sonhar com o meu velório estava cheio de flores e mulheres bonitas, mas espero que para morrer eu não tenha que sentir dor, e tem mais, se é verdade que existe reencarnação então estou feito...

Dona A.: _Posso te fazer uma pergunta?

_Sim, se eu puder responder...

_Como sabes que é da natureza dos homens darem uns pulinhos fora do casamento, e... então como fica a situação dessas mulheres casadas?

_ É infelizmente muitas confiam nos companheiros, outras até sabem das fugidas, mas acho que não passa na cabeça delas que estão correndo o risco de serem contaminadas.

_É, eu sei que não era “santo”, eu saía, mas o que eu gostava era de ir nos “bailinhos ver as pessoas se divertirem.

_ O senhor gostava de dançar?

_ AH! Se gostava...

Ele perguntou:

_ Como é a reação das pessoas quando recebem o resultado do exame?

_ Ora! Claro que não deve ser boa...(Disse Dona A.)

_ Depende, as pessoas reagem diferente. Quando por exemplo as mulheres adquirem o vírus por contato sexual com seus maridos, elas apresentam uma reação de fúria e revolta, porque não imaginavam que

isso pudesse acontecer com elas, sentem-se vítimas e colocam a culpa no parceiro. Já aqueles que de alguma forma sabem que podem ter entrado em contato com vírus, ou seja, sabem dos riscos, aceitam com mais facilidade...

_ É, sei que não é fácil esta situação, onde vamos parar? (Disse Dona A.)

_ Quantos prontuários tem lá, perguntou seu V.?

_ Próximo dos 1.200, por aí...

_ Fora aqueles que não fizeram o exame ou que sabem da doença mas que não freqüentam o ambulatório... (Questionou seu V)

_ É, fora os que desconhecemos.

_ É, o V. no começo da doença apesar dos sintomas, não queria fazer os exames, ficou revoltado, até que resolveu fazer ...”

21/05/97. Encontrei seu V. numa alegria impressionante. Pois pelo que a Enf. Ieda havia comentado comigo, no dia anterior ele estava bastante queixoso, triste e irritado.

_ Oi, Dona A. estamos entrando...

_ Podem entrar, fiquem a vontade.

Fomos até o quarto...

_ Como vai seu V. tudo bem?

_ Quem é?

_ Sou eu Helena. (Auxiliar de Enfermagem do ADT)

_ AH! Sei... tudo bem!

_ Oi! V. ! Vim te ver!

_ Que bom Karina, já estava sentindo a tua falta.

_ Eu também. Como eu havia falado ao senhor, segunda feira tive aula em Fpolis, por isso não pude te visitar.

_ Não tem problema o importante é que estás aqui.

_ Conta para elas o que está acontecendo contigo... (Disse Dona A.)

_ Estou tão bom, mais tão bom que não sei o que aconteceu comigo...

K: _ Sim, o que?

_ Não sei, só sei que não senti mais dor, hoje consegui andar, e vou voltar a andar, até sábado quero ficar bom, já falei para a A. que quero ir no baile... (Ironizou)

K: _ Que bom escutar isso, essa sua força de vontade é muito bonita seu V., e significa tudo o que está acontecendo, essa sua melhora é reflexo da sua vontade de viver.

_ AH! Sim não quero morrer ainda, tenho que terminar de pagar o carro do meu filho, e quero dar outro para ele.

_ Que bom!

H: _ Vamos Karina, temos que ir, o carro está nos esperando... Tchau seu V., hoje viemos um pouco tarde, e ainda precisamos ir na Secretaria de Saúde e já são 5 horas.

_ Tá bom, obrigada! Apareçam para tomar café e bater papo, botar conversa fora....

Eu fiquei mais um pouco no quarto com ele verifiquei a pressão arterial...

_ O Senhor recebe visitas no final de semana?

_ Às vezes, porque as pessoas se afastam da gente por causa dessa doença....

_ É mesmo, o senhor sente que é isso mesmo?

_ Sim, tem gente que diz que quando a pessoa está no começo da doença, que ninguém deve chegar perto, porque pode pegar alguma doença.

_ Então comentei:

_ Acho isso um absurdo é difícil de acreditar que ainda existam pessoas assim, com toda essa probabilidade que temos para adquirir o vírus ou um irmão um amigo, ninguém está escape...

_ É, e o pior é que ninguém se preocupa pois se pega da maneira mais inocente, que é transando, afinal não é a coisa mais maravilhosa que Deus colocou na terra?

_ Sim, com certeza.

_ E os seus filhos vem visitá-lo?

_ Sim eles estão sempre aqui, graças a Deus.

_ Que bom! Agora tenho que ir se não vão brigar comigo, sexta-feira venho aqui novamente.

_ Vem querida, pode vim, vem mesmo.

_ Fique com Deus, gostei de ver o Senhor assim tão bem.

_ É e quero continuar assim.

_ Até mais então.

_ Tchau!!!

26.05.96- Segunda-feira, Dona A. veio até o ambulatório trazendo o seu V. Referiu que desde sábado teve crise de dores pelo corpo, crises convulsivas, com liberação de esfíncter vesical, e que caiu da cama.

_ Oi Seu V.! Como vai?

_ Vou indo, do jeito que dá.... essas dores é que não pode, isto não está certo...

_ O que V? (disse Dona A.).

_ Esse tratamento, eu tomo remédio e não adianta de nada, agora quero falar com o Dr. Volmem para ver o que ele diz...

_ Sim, vou comunicar a sua chegada para ele vir até aqui. (Seu V. encontrava-se na sala em que os pacientes tomam medicações, deitado numa maca).

_ Aqui está o Dr. Volmem.

_ Olha o homem aqui, está desse jeito sente dor pelo corpo todo chorou de dor o final de semana todo, crises de convulsão.... o que o Sr. acha ?

_ Bom, acredito que seja porque ele não está mais tomando o fugizon e o cryptococo volta a agir...

_ Mas ele tem reação ao fugizon, da outra vez tiveram até que tirar e aplicar uma injeção.

_ Mas isso é normal, é só no começo.

O médico pegou o bloco de receita, receitou sylador e o fugizon, e saiu.

_ O que tu achas Karina?

_ Como foi esta reação Dona A.?

_ AH! Foi feia, ele se tremeu todo, e tiveram que parar de dar.

_ Eu vou conversar com a outra enfermeira para ver o que ele acha.

_ Está bom!

Fui conversar com a Enfermeira Raquel:

_ Raquel o caso é que seu V. tem reações à medicação receitada e estou com receio de aplicar aqui no ambulatório...

_ Eu acho melhor não aplicar, porque se acontece alguma coisa o que poderemos fazer? Vou conversar com a Dra. Marcela pois o Dr. Vomem já foi embora...

_ Dra. , o que acha de aplicar o fugizon se o paciente tem história de reação ao medicamento?

_ E se vocês administrarem o meticorten junto?

Fomos até a sala em que Dona A. e seu V. estavam.

_ Dona A. o Dr. Volmem já foi e a médica sugeriu o meticorten junto com o fugizon...

_ É mas o V. toma o Cryxivan, e se não me engano não pode ser tomado junto como meticorten...

Depois de muita polêmica seu V. foi internado em consenso com a equipe e a esposa.

28.05.97. Quarta-feira, fui visitar seu V. no hospital Marieta. Estava um pouco confuso, conversava e às vezes chorava, demonstrando sentimentos difíceis de definir.

03.06.97. Terça-feira. Fui novamente ao hospital, seu V. tinha mudado de quarto, iria receber alta na terça-feira, estava comunicativo mas continuava confuso. Quando acabou a hora da visita ele chamou a esposa na beira da cama:

_ A. vou te perguntar, e quero que respondas com sinceridade. O que está acontecendo com a gente, você está me abandonando, não conversa mais comigo, não sentamos para discutir as coisas da nossa família...

_ Você sabe onde está V.?

_ No hospital...

_ Então, aqui a visita é só de meia hora e você sabe disso, por isso que nós não conversamos muito, amanhã você vai para casa e então terei todo o tempo para ficar contigo, quando foi que te deixei sem atenção... você está entendendo o que eu quero dizer...

_ Sim, agora estou.

_ Agora temos que ir...

_Vamos Karina...

_ Tchau seu V. e não se preocupa, estamos todos querendo que o Sr. fique bom, para voltarmos àquelas visitas na sua casa com “bastante mulheres” para incomodar o senhor...

_Então está bom, obrigado pela visita.

_Fique com Deus.

05.06.97- Quinta-feira. O ambulatório estava lotado, foi quando Dona A. me procurou para dizer que achava que seu V. estava em coma.

_ OI! Dona A., como vai?

_ Ai., estou achando que o V. está em coma, desde ontem que ele não responde a nada e não se mexeu do lugar a noite toda e ainda não acordou... ontem eu estava conversando com ele e de repente ele deu uma suspirada, parece que mudou a respiração, e dormiu de olhos abertos...

_ Então acho que irei chamar um carro da secretaria para ir lá vê-lo...

_ Tem algum teste para saber se ele realmente está em coma?

_Sim.

_ Que bom você vai fazer isso para mim, e eu tenho uma consulta com a Mirtes (psicóloga).

Solicitei o carro e logo fui até a residência de seu V. Fui recebida pela sogra que me levou até o quarto.

_Seu V., seu V... é a Karina.... chamei várias vezes e ele não manifestou nenhum gesto, mas tive a impressão que mexeu os olhos levemente. Verifiquei a pressão arterial: 90/70mmhg, R: 27 mpm , P: 88 bpm,

T:38C teste de Babinsck ausente. O teste pupilar não foi realizado pois seu V. tem lesão das córneas devido a cegueira. Cheguei à conclusão que realmente seu V. tinha entrado em coma.

Voltei ao CODIM, e junto com Dona A. fomos comunicar o médico, sendo que o mesmo pediu a reinternação de seu V.

_ A senhora sabe como proceder ?

_ Sim, vou tomar as providências agora mesmo, estou indo.
Obrigada por tudo...

_ Imagina, estou cumprindo a minha parte e a senhora sabe que quando precisar é só chamar.

_ Sei sim.

_ Amanhã irei lá no hospital para visitá-lo.

_ Está bom, te espero.

_ Tchau!

06.06.97- Telefonei para Dona A. a fim de saber como estava seu V.

_ OI! Dona A., aqui é Karina, estou ligando para saber como está passando o seu V...

_ Ele está do mesmo jeito, ontem a tarde ele passou mal, não sei o que foi, só sei que a irmã colocou ele no oxigênio, mas hoje o estado dele é imprevisível.

_ É, realmente Deus saberá o que é melhor para ele, e não sabemos ao certo o que poderá acontecer, já que ele esteve outras vezes assim....

_ ... Eu não quero mais ver o V. sofrer, da doença sabemos que ela é imprescindível e a vontade de viver dele é que manteve ele até aqui, mas espero que Deus saiba o que fazer...

_ Com certeza, apesar dessa força que ele tem, creio que a condição em que ele se encontra não deve ser fácil para ele...

_ Sim, ontem quando deu esse negócio que eu te falei, fiquei um pouco desatinada, até pensei em ir até aí para conversar, mas resolvi que não adiantava, afinal tenho que ser forte, fui na casa da minha nora para tratarmos dessas coisas de terreno no cemitério e tudo mais, pois sei que qualquer hora tudo pode acontecer.

Comentei:

_ As mulheres são por natureza muito corajosas para essas coisas.

_ Bom, não quero mais tomar seu tempo...que Deus ilumine vocês...

_ Muito obrigada pela atenção, Karina e por se preocupar...

_ Procuro saber notícias dele, um abraço!

_ Para ti também.....

07.06.97- Preocupada com a situação de coma em que encontra-se seu V., telefonei para o Hospital Marieta e as notícias são as mesmas, continuava na mesmo estado.

Era segunda-feira 09/06/97, por volta das 8:30 da manhã Dona A. ligou para o Ambulatório nos comunicando que seu V. tinha falecido no

domingo as 22:30 e que estava sendo velado na capela do bairro Fazenda.

Eram 10:30 quando eu, Mirtes e Darci (psicóloga e assistente social), fomos então cumprimentar a família de Seu V.

Dona A. naturalmente estava muito abatida, aparentando estar conformada. Senti na presença daquele velório uma paz imensa, tive um sentimento que não esperava, talvez por sentir que Seu V. tinha descansado e que estaria num lugar muito mais bonito, começando uma nova e longa caminhada.

(Con)viventes HIV/AIDS II

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

31/03/97

M.S, casado, 36 anos ex- UDI, transmitiu o vírus a esposa e o casal têm três filhos. O mesmo está acamado, cego, com hemiparesia esquerda devido à toxoplasmose. Residem praticamente em um pequeno quarto, pois eles estavam construindo uma meia água, mas ele adoeceu ficou desempregado e ela foi despedida do emprego quando souberam que estava com AIDS. Me chamou a atenção pela limpeza do pequeno quarto e a organização das coisas. A família dele os abandonou, e no momento estão dependendo da ajuda da mãe dela e dos outros.

Fui com a Enf. Ieda realizar uma visita domiciliar. Desta vez em um bairro mais distante, São Judas.

_ OI! V. essa é a Karina, acadêmica de enfermagem que está fazendo estágio no CODIM, ela pode entrar?

_ Sim, fiquem a vontade?

_ Como ele está, V.?

_ Está assim do mesmo jeito, não fala, não anda, e quando a gente fala assim ele chora.... está também com uma ferida na bunda e outra saindo aqui no calcanhar...

_ Vamos ver... sim são escaras, isso acontece por ele permanecer muito tempo deitado e pela posição.

_ É hoje eu pedi um colchão d'água no rádio, quero ver se alguém me dá, porque assim não dá pra ficar...

_ Sim, nós lá na Secretaria de Saúde infelizmente não temos colchão d'água, mas temos um colchão de casca-de-ovo, se tu quiseses podemos trazer para vocês.

_ AH! Sim eu quero!

_ E como estás fazendo para dar banho nele?

_ Eu passo o maior trabalho, o menino é que me ajuda.

_ Acho que uma cadeira de banho iria te ajudar bastante, é uma cadeira de rodas que tem um furo no meio...

_ Que bom! Me ajudaria bastante.

_ Faz quanto tempo que ele ficou assim?

_ Bom, na verdade, faz 7 meses que ele fez o exame, deu positivo e daí por diante ele não se agüentou mais, ficou desse jeito... (o paciente quase sem forças começou a chorar) eu não, sabe eu também infelizmente peguei o vírus, mas não estou e nem posso ficar doente, tenho que cuidar dele e das crianças...

_ E você, está fazendo tratamento lá no ambulatório?

_ Eu fui o ano passado e meu CD4 estava bom, o Dr. Volmen disse que eu não precisava ir lá tão cedo...

_ É, mais se não queres adoecer é bom marcar uma consulta para verificar novamente o seu CD4, não achas?

_ Sim, mas como é que eu vou com ele assim desse jeito, às vezes o menino (filho mais velho 10 anos), fica com o pai quando me aparece um serviço, pois como vocês podem ver não conseguimos terminar a casa, ele é quem estava construindo mas aí adoeceu e ficamos aqui, dormimos todos aqui nesse quartinho.

_ Está bem, mas quando puderes vai lá.

_ Vou sim.

A Enf. Ieda fez uma limpeza nas escaras e eu verifiquei a pressão arterial.

_ Oi! M. podemos cuidar de você?

Com um gesto e uma expressão respondeu que sim.

_ E esse gatinho costuma ficar por aqui? (Perguntei)

_ É eu boto ele na rua, mas ele volta....

_ Mas não é bom que ele fique aqui...

_ É, eu sei. (Colocou o gato para a rua)

Amanhã voltaremos para avaliá-lo novamente e levar os materiais que estão precisando (cadeira de banho, fraldas, luvas, condon ou sonda vesical de demora, uma vez que o mesmo estava fazendo uso de condon, mas a esposa relatou que ele teve uma infecção em função do mesmo). O paciente não fala, responde com gestos, e chora sem derramar lágrimas ou emitir sons... Senti muita pena... senti vontade de chorar... angústia ... raiva... revolta....

04/04/97

A esposa do M. não estava em casa, fui recebida pelo filho que disse-me que a mãe tinha sido chamada para trabalhar, fiquei contente... Realizei a limpeza da escara da região coccígena e do calcâneo . M. tinha acabado de almoçar e quase nem notou a minha presença. A lesão estava com bom aspecto, o tratamento estava sendo realizado com Dersani, um óleo a base de ácidos graxos. Foi cedido ao paciente um colchão “casca de ovo” , uma cadeira de banho e um pacote de fraldas.

Passados alguns dias, V. procurou o ambulatório para dizer que gostaria de internar o esposo, pois ele não estava bem. Sendo que foram tomadas as providências pela Enf. Ieda para a internação.

Na segunda feira, 14/04/97 V. veio ao ambulatório nos comunicar que ele havia falecido.

_ Vim aqui para dizer que o M. faleceu...

_ Foi V., quando? (fui abraçá-la)

_ Ontem, quando cheguei lá ele já tinha morrido, eu não me conformo, ele até estava falando, comeu bem, isso não podia ter acontecido comigo eu gostava dele mesmo assim, eu amava ele e ainda amo...

_ Mas ele descansou V., pensa bem como estava sendo difícil para ele estar naquela situação de dependência, lembra que ele chorava quando falavas do estado em que ele estava...

_ É isso é verdade, ele não gostava de me dar trabalho... um dia eu estava chorando na cozinha, conversando com a minha irmã e disse “quando é que tudo isso vai acabar”, mas de jeito nenhum quis dizer que

queria que ele morresse, mas sim que ele melhorasse e a nossa condição financeira também. Ele começou a chorar... fiquei com muita pena dele.

_ Quero agradecer tu e a Ieda por terem se importado com a gente, gostei de vocês porque não tinham nojo de nós, botavam a mão nele com respeito e carinho... e a Ieda?

_ Ela está trabalhando à tarde, porque o ADT passou para tarde.

_ Fala para ela do M. pra mim...

_ Falo sim e quando precisares de nós estaremos aqui.

_ Vou marcar uma consulta para mim, agora posso e devo me cuidar.

_ É isso aí.

_ Agora vou indo, preciso ir embora, se souberes de alguém que queira uma faxina ou outro serviço, eu faço por qualquer preço, o que quero é trabalhar, porque os meus filhos sempre foram acostumados com coisas boas e hoje não posso mais comprar...

_ Vocês sempre moraram ali?

_ Não moramos numa mansão, era uma casa bem grande, meus filhos só usavam roupas de marca e eu tinha muita jóia...

_ E o que aconteceu que perderam tudo?

_ A polícia pegou a gente com 4kg de cocaína e tiraram tudo de nós, e eu não quis mais saber dessa vida de viver com medo da polícia...

_ Disso eu não sabia não, mas certas coisas precisamos passar para aprender a acertar...

_ É mesmo, agora estou indo... Tchau!

_ Tchau, se eu souber de alguma coisa lhe aviso.

_ Então tá bom.

Depois desse dia só a vi uma vez no ambulatório, quando veio consultar. Estava mais conformada. Pelo fato do paciente ter vindo a falecer não pude concluir meu trabalho que estava apenas no começo, mas posso dizer que adquiri um pouco mais de estrutura para continuar a caminhada e sentir o quanto estas pessoas precisam ser amparadas.

(Con)viventes HIV/AIDS III

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

21/05/97

L.S, 45 anos, mãe de um menino de 12anos (adotivo), funcionária de uma Instituição Educacional (servente). Adquiriu o vírus por contato sexual com o marido, há 4 anos está doente e há um ano foi abandonada pelo mesmo. Reside em casa própria de alvenaria, condições sócio-econômicas estáveis.

A equipe do ADT foi comunicada por uma assistente social que L. estava muito doente, não queria se tratar alegando ter sido discriminada no CODIM quando ainda procurava tratamento. A assistente social do CODIM (ambulatório DST/AIDS) e a psicóloga foram até a casa de L.

Foi difícil a aproximação da equipe do ADT, ela não atendia quando iam na casa dela, tudo sempre muito trancado, mas depois com muito jeitinho ela começou aceitar as visitas. A paciente estava com descamação da pele (face), secreção no ouvido direito, lesões generalizadas, herpes Zoster na região dorsal e história de tuberculose pulmonar, com abandono de tratamento. A equipe resolveu levar a médica do ambulatório para avaliar a paciente e começar um tratamento efetivo.

Um dia resolvi acompanhar a equipe do ADT . A casa muito fechada chamamos várias vezes e ninguém vinha nos atender, depois de muita insistência o menino abriu a porta...

_ Oi! Podemos entrar?

_ Podem sim, a mãe está na cama...

Com licença, estamos entrando...

_ Oi L. coma estás?

_ Levando...

_ Essa é a Karina “enfermeira” trabalha com a gente lá no CODIM. (percebi que a enfermeira Ieda não quis mencionar que eu era acadêmica de enfermagem).

_ Oi! L.!

_ Você tomou os remédios?

_ Ainda não ...

_ Por que L, sabes o quanto é importante, não queres ficar boa para ir viajar?

_ Quero...

_ Então, vamos tomar mais uma injeção de penicilina?

_ Pode fazer...

_ L. você tem que nos ajudar, os remédios estão aqui, você vai tomar?

_ Vou sim....

Depois de algumas orientações nos despedimos. Ela agradeceu muito a nossa ajuda.

Segundo relatos da equipe do ADT, L. tem muitos problemas em aceitar a doença, rejeita os tratamentos, tirou o filho da escola com medo de que o descriminassem mantendo-o sempre em casa. Portanto, achei que minha presença poderia não agradar a paciente.

Em comum acordo com a equipe do ADT, chegamos a conclusão que devido ao fato da paciente apresentar resistência ao tratamento e manifestar certas atitudes, não me apresentei como acadêmica, pois este fato poderia prejudicar a o tratamento da paciente.

Atualmente, segundo a equipe do ADT, L. ainda continua resistente ao tratamento, apesar da assistência efetiva e constante pelos profissionais do ADT. Está fraca e não consegue realizar as tarefas do lar. O filho voltou à escola, e um irmão contratou uma senhora para ajudar nos afazeres da casa.

Conviventes HIV/AIDS IV

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

15/04/97

S.R.V, 31 anos, separada, mãe de um menino de 8 anos, católica, trabalhava no comércio e atualmente faz enfeites de geladeira e outros artesanatos. Reside em uma meia água de madeira alugada, porém na maior parte do tempo permanece na casa da mãe.

Resolveu fazer o teste por indicação de uma amiga, quando a mesma queixou-se de bolas (íngua) por todo o corpo. Ela diz que jamais esperava ter AIDS, que tem um irmão “aidético” por ser UDI, e que sempre achou a doença nojenta... “Eu tenho nojo de mim, quer ver quando estou menstruada, não consigo aceitar isso... quando recebi o resultado liguei para a minha amiga e depois sai andando pela rua, fui para a beira rio chorei, e pensei na minha vida e na morte...”

A Enf. tentou consolá-la, explicando e esclarecendo dúvidas. A paciente referiu desconhecer se o ex-marido utilizava drogas endovenosas, apesar de saber que o mesmo cheirava cocaína e bebia muito.

Seu parceiro atual está esperando o resultado do exame, e não sabe ainda de quem adquiriu o vírus. Ela elogiou muito o atendimento do CODIM, dizendo que todos ali eram “super bacanas”. A paciente nos

contou que enquanto aguardava atendimento, encontrou um vizinho que tem o vírus há 6 anos e nunca adoeceu, sendo que ela não sabia que ele é soropositivo e agora eles se encontraram diante de uma situação semelhante e que agora não existia mais segredos.

Após a consulta, percebi que os dois conversavam e riam muito, sentei um pouco ao lado deles, onde conversamos por alguns minutos.

15.04.97- Ambulatório lotado! Hoje a paciente S. retornou ao ambulatório para consultar e trazer junto seu parceiro. Ao realizar a pré-consulta com ela, percebi que a mesma estava deprimida...

_ Como estás S.?

_ Não estou bem não, estou com abuso de tudo, não estou comendo direito e também não consigo transar, estou com nojo não sei....

_ Mas como está seu relacionamento com ele?

_ Está tudo bem, mas acho que estou é com raiva dele, acho que foi dele mesmo de quem peguei o vírus...

_ Mas tu não achas melhor procurar compreender um pouco a situação... sei que é difícil, mas não podemos culpar somente uma pessoa, afinal não sabemos e nem podemos achar um culpado, porque assim estamos julgando... se tivesses te relacionado com outro homem terias usado preservativo?

_ É não!

_ Tu não achas que transar, dar e receber carinho, ter um amigo, companheiro... é uma das melhores coisas que temos na vida quando

isso tudo nos traz prazer e por isso acho que devemos procurar viver tudo e mais um pouco...

_ É estas certa, será que essa frustração minha vai passar?

_ Sim. Basta que tu queiras.

_ Quando que tu vais para Fpolis novamente?

_ Provavelmente dia 05 de maio, por que?

_ Porque gostaria que tu comprasse umas peças de bijuterias para mim.

_ Compro sim, sei até onde comprar.

_ AH! Que bom então eu te procuro.

_ E o teu companheiro também veio consultar?

_ Veio, e queria que a médica nos chamasse juntos.

_ Esta bem eu dou um jeitinho para ti.

_ E ele como está de saúde?

_ Mais ou menos, anda saindo umas bolos pelo corpo dele, não sei o que é... e isso aqui em mim, o que será ? Não é nada né? (picada de inseto)

_ Não. É só uma picadinha de algum inseto.

_ Ai, porque Deus me livre dessas doenças, acho que não irei agüentar isso.

_ Força S., quanto mais te preocupares pior será para ti, tens que melhorar esse astral e tocar a vida para frente, não esqueça que ela continua e esta aí para ser vivida.

_ Está bom, eu vou melhorar sim, se Deus quiser.

24.05.97 - Hoje quando S. entrou pelo ambulatório logo veio me cumprimentar e percebi pelo seu semblante uma aparência triste. Desde o primeiro dia em que ela veio ao ambulatório para iniciar o tratamento, já na abertura do prontuário tive um certo interesse por ela vista a necessidade de apoio que a mesma estava precisando nesta fase de mutação da sua vida.

_ Oi!!! S., como vai?

_ Não estou nada bem, hoje estou péssima.

_ Mas o que aconteceu, é tão bom quando te vejo alegre.

_ Pois é hoje estou depressiva.

_ Depois conversaremos está bem? (o ambulatório estava lotado).

_ Ai que bom gosto de conversar contigo!

Passados alguns minutos fomos para a sala de consulta de enfermagem....

_ Me conta o que está se passando contigo?

_ É essa falta de grana, não sei mais o que fazer, estou vendendo os meus ímãs de geladeira, e juntando para pagar o aluguel e ainda por cima meus irmãos estão vindo para a casa da minha mãe e eu vou ter que ir para a minha meia água, e sabe, ali com a mãe é ela quem faz as

coisas, cuida do meu filho porque eu não tenho vontade de fazer nada dessas coisas...

_ Mas isso quem sabe vai ser bom para ti, é mais uma ocupação...

_ É, quem sabe eu pego gosto por essas coisas de novo... e sabe, estive falando com a Assistente Social sobre o meu ex-marido e ela disse que ele não poderá tirar meu filho de mim porque tenho o vírus...

_ Claro que não!!!

_ Eu te contei que ele disse que vai fazer o exame e se for negativo ele vai tirar o menino de mim, vê se pode!

_ Pelo que pude observar o seu filho é uma criança saudável e bem cuidada....

_ Sim, se é! Ele está sempre limpinho, arrumadinho, eu e minha mãe não deixamos faltar nada para ele, apesar das dificuldades.

_ E o seu companheiro como está ?

_ Está bem, mas ainda está com aquelas bolas pelo corpo, e eu não consigo transar com ele...

_ Mas tu já tentaste, aos poucos quem sabe...?

_ Já sim, nós até transamos, de camisinha é claro, porque não transo mais sem camisinha, só que não sinto tesão, tem hora que eu tenho vontade de mandar ele sumir, hoje até pedi um tempo de uma semana, para ele porque estou muito confusa....

_ Ele trabalha ? Te ajuda?

_ Sim, trabalha, e me ajuda , mas assim não dá para ficar, preciso ganhar dinheiro. Hoje falei novamente com a Assistente Social sobre o auxílio doença, nem que seja só por um tempo...

_ S. já estou para conversar contigo sobre o meu trabalho que pretendo realizar aqui no CODIM, só que estava esperando uma oportunidade melhor. Como tu já sabes, estou me formando neste semestre e tenho objetivos a alcançar e entre eles está em estabelecer um contato mais com um cliente a fim de desenvolver um trabalho...

_ Sim, estou te entendendo...

_ Bom e como desde aquele dia em que abrimos teu prontuário fiquei interessada em te ajudar, creio que com a tua colaboração tu também irás me ajudar e juntas aprenderemos muito.

_ Sei, tu irás conversar comigo... porque esse negócio de psicólogo não é comigo, não consigo me abrir e contigo não, parece que somos amigas há muito tempo, eu adoro conversar contigo...

_ Que bom! Isto é um grande começo. E durante este tempo em que conversarmos eu poderei te ajudar em tudo que estiver ao meu alcance.

_ Como é bom saber que posso contar com pessoas tão legais como vocês aqui do CODIM, e tu irás na minha casa, assim conversar com a minha mãe, por exemplo?

_ Sim, conforme a necessidade.

_ Que bom!

_ Vamos ver como está a sua pressão....

Depois desse dia S. retornou ao ambulatório para consultar, sempre com o companheiro, voltou para mostrar exames e não veio mais ao ambulatório. No dia 05 de junho seu companheiro veio até o ambulatório consultar:

_ Oi! Tudo bem, como vai a S.?

_ Vai indo, gostaria de saber se tu poderias marcar uma consulta para ela no ginecologista?

_ Sim, posso agendar por aqui, é ali no CRESCEM, sabes onde fica?

_ Sei sim.

_ Então aguarda que vou ver isso para ti.

_ Telefonei e consegui marcar para segunda - feira, 09 de junho, está bom?

_ Está ótimo, muito obrigada!

_ Diz para a S. que estou com saudades dela, pede para ela nos visitar.

_ Pode deixar!

Por se tratar de um ambulatório onde há uma rotatividade muito grande de pacientes, encontrei algumas dificuldades para estabelecer uma relação interpessoal a longo prazo, que trouxesse resultados, para serem mencionados neste trabalho. Os (con)viventes com os quais

mantive uma relação interpessoal foram, Sr.V. e Dona A., sendo uma experiência muito gratificante.

O objetivo foi alcançado, uma vez que prestei assistência de enfermagem, no ambulatório através das consultas de enfermagem, educação em saúde, preparo e administração de medicamentos, atividades administrativas e assistência domiciliar, segundo os componentes do cuidar elaborados por Bohes e Patrício (1988), a partir do Referencial de Leininger, já mencionados.

Objetivo específico II: Verificar as dificuldades encontradas pelos (con)viventes de HIV/AIDS, relacionadas ao cotidiano, como contribuição para a melhoria da qualidade de vida.

Apesar de mais de 10 anos de convívio com a AIDS, a população em geral ainda não conseguiu se libertar do preconceito criado em torno da epidemia.

Os portadores de HIV ou doentes de AIDS, além de ter que conviver com a doença, convivem também com a falta de amor, sofrem discriminações, rejeições e toda uma complexidade que gira em torno de seu mundo.

O preconceito é evidenciado quando um portador é posto para fora do emprego, por ser considerado um elemento ameaçador, quando a família, amigos e parentes abandonam seu ente, talvez por desconhecer a doença. Não podemos julgar o que realmente afasta as pessoas uma das outras, o fato é que todos esses fatores são prejudiciais aos portadores de HIV ou doentes de AIDS.

Durante o estágio e com o cotidiano compartilhado com portadores de HIV/AIDS, pude perceber que o desemprego presente é fruto não somente da situação política, mas também de preconceito, pois as empresas por vezes preferem despedir seus empregados ou aposentá-los a ter que conviver com uma “ameaça” presente. O convívio social fica afetado porque sempre há alguém, seja um membro da família ou parente e amigos que irão manifestar de algum modo o preconceito existente.

Outro fator que dificulta a vida dos (con)viventes com HIV/AIDS é a falta de medicamentos. Devido ao grande número de pessoas infectadas e a deficiência do sistema de saúde, é comum ocorrerem falhas nos tratamentos pela demora na reposição das medicações.

Itajaí por ter a maior incidência de casos de AIDS do país, passa por dificuldades e atualmente o problema maior é a falta de recursos financeiros para a compra de medicamentos, principalmente os “coquetéis”, e os disponíveis não estão mais dando conta da demanda. De que adianta a tecnologia e as grandes descobertas se o Sistema de “Saúde” no Brasil não cumpre as exigências necessárias para manter uma população informada e sadia?

As terapias anti-retrovirais somente poderão proteger os portadores de HIV/AIDS se forem corretamente seguidas, e isso significa que não poderia faltar medicamentos. Se esta situação não for sanada teremos uma população de portadores de HIV resistentes às drogas e que irá contaminar possivelmente outras pessoas com este vírus resistente. E diante desta situação O QUE IREMOS FAZER?

Além destes fatores muitos dos problemas que afetam os (con)viventes com HIV/AIDS, são os sociais englobam a maior parte deles, como por exemplo renda familiar baixa, condições de moradia precária, família numerosa, baixo nível de escolaridade, alcoolismo, drogas que geram uma série de outros problemas no meio familiar e social, agravando ainda mais as condições de saúde.

Vivemos em um país de terceiro mundo e isso significa que há necessidade de seu desenvolvimento para que haja a melhoria da qualidade de vida. Enquanto os problemas sociais não forem

considerados como os mais importantes para que tenhamos uma sociedade desenvolvida, continuaremos convivendo com situações que, de certa forma, fogem do nosso poder de resolução e que no entanto nos envergonham e nos preocupam.

O objetivo foi considerado alcançado por ter conseguido observar, conviver, estabelecer, compartilhar e determinar os diversos problemas a que os (con)viventes de HIV/AIDS estão submetidos.

Objetivo Específico III: Participar dos trabalhos realizados pela equipe de saúde para prestar assistência aos (con)viventes de HIV/AIDS.

O Ambulatório de DST/AIDS, funciona em período integral, de segunda a sexta-feira, e conta no período matutino com dois Médicos, uma Enfermeira, uma Auxiliar de Enfermagem, uma Auxiliar Administrativa, uma Assistente Social e uma Psicóloga. No período vespertino não há atendimento médico. Funciona também a tarde o ADT (Atendimento Domiciliar Terapêutico). Nos finais de semana e feriados os pacientes são orientados a procurar o Hospital caso necessitem de atendimento de urgência.

A estrutura física do Ambulatório de DST/AIDS é composta de recepção aos pacientes, sala de espera com revistas e jornais à disposição de todos, sala para preparo das medicações, sala para consulta de enfermagem, dois consultórios médicos, sala com poltronas para pacientes que recebem medicação, sala para assistência social e almoxarifado e quatro banheiros.

O atendimento realizado no ambulatório consiste em assistir o paciente nas suas necessidades física, psicológica e social, visando manter e/ou restabelecer o estado de saúde e prevenir a doença.

São atendidos por manhã, 16 pacientes agendados previamente, além daqueles que chegam ao setor em situações mais urgentes, ocorrendo em média 20 atendimentos nesse período.

Antes do atendimento médico, o paciente é assistido pela Enfermeira através da pré-consulta. Esta tem como objetivo a verificação do peso e da pressão arterial, bem como a entrevista, buscando informações sobre o estado de saúde físico/mental/social do paciente.

As pessoas que recebem o resultado do exame reagente para HIV, e que desejam ser atendidas pelos serviços oferecidos pelo ambulatório, são encaminhadas e acompanhadas por uma Enfermeira do COAS ao setor. A Enfermeira do Serviço de DST/AIDS, através da consulta abre um prontuário onde é feita a anamnese, sendo que as informações obtidas são mantidas em sigilo pelos profissionais do setor.

O Atendimento Domiciliar Terapêutico é uma extensão ao domicílio, dos cuidados hospitalares. É um serviço de apoio integral ao paciente e sua família. Este serviço oferece vantagens como custo reduzido, melhoria da qualidade de vida, desenvolvimento de cuidados especiais pela equipe de enfermagem e médicos, possibilitando de uma relação de ajuda mais próxima entre os profissionais da equipe e o enfermo em sua casa e pessoas do seu círculo familiar.

Os objetivos visam reduzir o número de internações hospitalares, oferecer tratamento precoce de episódios de menor gravidade; estabelecer comprometimento familiar com os cuidados ao paciente; desenvolver educação intra-domicílio; aumentar a participação da comunidade (parentes, vizinhos, amigos, etc) no processo de educação para a prevenção, controle e tratamento da AIDS; combater preconceitos; resgatar pacientes em abandono de tratamento, entre outros.

Devido a falta de recursos humano e material, o serviço está sendo prestado para cinco pacientes. Somente quando da ocorrência de alta ou óbito, é incluído outro paciente de acordo com a necessidade.

Descrevo, a seguir, os trabalhos de prevenção e pesquisa sobre DST/AIDS, desenvolvidos pela UNIVALI/CETRHU.

Os projetos desenvolvidos por esta Instituição estendem-se ao Presídio de Itajaí, Porto (incluindo caminhoneiros e profissionais do sexo), Escolas, com administração de cursos para professores, bombeiros, palestras em instituições públicas e particulares.

Dentre estes selecionei e visitei o desenvolvimento dos trabalhos realizados com os presidiários e suas famílias, bem como aquele desenvolvido no Porto de Itajaí.

Tendo em vista o curto espaço de tempo para a realização do estágio e entendendo que a qualidade da assistência por mim realizada deveria ser levada em consideração, optei por desenvolver meus trabalhos junto ao Ambulatório de DST/AIDS do CODIM.

O presídio de Itajaí conta com o desenvolvimento de um projeto, (PREVINA), realizado pelo Departamento de Pesquisa, pós-graduação e Extensão da UNIVALI, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e em completa integração com o SUS, sendo este criado com o objetivo de minimizar o problema da proliferação do HIV na população carcerária.

“O Sistema prisional brasileiro enfrenta problemas estruturais que favorecem instalação de múltiplas doenças, inclusive DST/AIDS. O presídio de Itajaí não foge à regra, planejado para abrigar 120 pessoas,

conta com uma população de 240 presos, sendo 20 mulheres que estão distribuídos em 5 pavilhões.

O desdobramento da infecção pelo HIV nos presídios está relacionada as condições de superlotação das celas, visitas íntimas múltiplas, conduzindo ao intercuro sexual indiscriminado, com ou sem ligação permanente, a própria promiscuidade sexual entre os companheiros e o uso freqüente de drogas injetáveis em algumas penitenciárias.” (Fernandes e Imon, 1992 apud Koller)

Sem dúvida o conhecimento e acompanhamento dos infectados e doentes pelo HIV nos presídios se faz necessário, bem como a implantação de medidas de prevenção da infecção pelo HIV, sem perder a especificidade de cada casa de detenção.

Em Itajaí, muitos detentos cumprem seu tempo de prisão e devem voltar novamente ao meio familiar e à comunidade, expondo-se à situação de agente infeccioso disseminando a AIDS, se nada for feito para promover a adoção de práticas seguras relacionadas à transmissão sexual e parenteral do HIV”. (Koller, 1995)

Diante dessa situação a UNIVALI, criou este projeto com o objetivo geral de : Estudar, em uma zona geograficamente definida, (município de Itajaí) o comportamento da população carcerária; levantar o comportamento desse grupo social no que se refere às práticas sexuais, uso de drogas injetáveis e os padrões que determinam essa prática e propor intervenções educativas e assistenciais no sentido de modificar o quadro existente.

Desde outubro de 1995 os presidiários são atendidos por médico e auxiliar de enfermagem da rede pública municipal, além de professores e alunos da UNIVALI.

No presídio, atualmente o trabalho consiste em conscientização sobre o uso de preservativos para evitar a contaminação pelo HIV/DST, treinamentos com os presos, coleta de sangue para realização do exame do HIV, palestras a todas as vistas dos presos sobre DST/AIDS, encaminhamentos aos ambulatórios do CODIM, dependendo da necessidade de cada indivíduo.

No Porto, o projeto “Intervenção Comportamental em Grupos Sociais Distintos” na área portuária de Itajaí, consiste em realizar o teste do HIV, informar os trabalhadores do porto sobre a importância do uso de preservativo, visando também levantar dados para pesquisas sobre a atual realidade de expansão do HIV na população portuária.

O objetivo foi considerado alcançado, em decorrência da minha participação nos trabalhos desenvolvidos pela equipe do ambulatório de DST/AIDS e pela equipe do ADT.

Consegui com isso prestar assistência de Enfermagem na triagem, no ambulatório, em visitas domiciliares aos pacientes selecionados para desenvolver o meu trabalho e que estão incluídos no ADT, assim como durante este processo de aprendizagem procurei realizar ações que implicassem na educação em saúde dos (con)viventes com HIV/AIDS, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

Objetivo específico IV: Identificar as dificuldades encontradas pela equipe de saúde, no seu cotidiano de trabalho para prestar Assistência aos (con)viventes de HIV/AIDS.

Durante o estágio, não só através da observação, mas também através da minha participação no cotidiano dos profissionais ao prestar assistência aos (con)viventes de HIV/AIDS, percebi que como, em qualquer estabelecimento de saúde, os problemas são evidentes e possíveis de serem solucionados, dependendo todavia, de vários fatores (políticos, econômicos e ideológicos) para que sejam amenizados ou solucionados.

As dificuldades vigentes compreendem a falta de recursos humanos e materiais, destacados a seguir, bem como a falta de apoio psicológico aos profissionais, espaço físico e falta de um carro disponível exclusivo para o Atendimento Domiciliar Terapêutico, limpeza inadequada do Ambulatório de DST/AIDS.

_ Recursos Humanos:

- Falta de profissionais de nível médio e superior: o restrito número de profissionais técnico e administrativo dificulta a assistência aos pacientes. Além disso, não existe um médico para o atendimento domiciliar.
- Por ser um trabalho causador de estresse emocional, devido ao envolvimento direto com o paciente pela convivência prolongada, se

faz necessário apoio especial aos profissionais através do profissional psicólogo.

_ Falta de Recursos Materiais:

- Carrinho de Emergência: apesar de ser um ambulatório, é muito comum ocorrer em situações em que o cuidado emergencial se faz necessário, antes mesmo do devido encaminhamento para uma unidade hospitalar.
- Medicamentos: A inexistência sistemática ou a demora na reposição de alguns medicamentos gera revolta aos pacientes, prejudica o tratamento e dificulta o trabalho da equipe.
- Passe de ônibus: o baixo nível sócio- econômico de muitos pacientes, obriga-os a pedir dinheiro ou passe de ônibus aos profissionais. Apesar da ajuda por parte dos profissionais, fica impossível colaborar com tantas pessoas, por isso faz-se necessário estabelecer, por parte das autoridades competentes, um meio para adquiri-los a fim de ser distribuído conforme a necessidade.
- Informatização do Serviço: Devido a inexistência de um sistema informatizado do serviço, o trabalho da equipe torna-se moroso, há uma conseqüente ocupação de espaço físico, além de prejudicar o armazenamento e o controle de dados que serviriam com maior facilidade para a programação da assistência e para pesquisas.

_ Espaço Físico:

Não se restringe somente ao Ambulatório em si , mas também pelo fato da localização da Clínica que não tem estacionamento privativo e por

vezes dificulta o transporte de pacientes que chegam ao ambulatório de ambulância, uma vez que na porta tem um ponto de taxi e os motoristas parecem não gostar de ter seu ponto invadido por pacientes com AIDS, pois já ocorreram fatos desagradáveis de discriminação com doentes de AIDS.

_ Falta de um carro disponível ao ADT:

Apesar de existir uma Kombi específica para este serviço, muitas vezes pela falta de carros na Secretaria o mesmo não pode permanecer todos os dias a disposição do serviço, e os dias em que pode (2ª, 4ª, 6ª), as vezes tem que servir aos serviços de TB e Hepatite, e esse fator tem dificultado os trabalhos das equipes do CODIM que necessitam realizar visitas domiciliares.

_ Limpeza inadequada do Ambulatório de DST/AIDS: este fato acontece pelo fato do piso ante - derrapante dificultar a limpeza correta com pano molhado, e ao varrer prejudica o ambiente com a poeira e conseqüente disseminação de microorganismos prejudiciais a saúde de todos.

Em função da interação que desenvolvi com os profissionais do CODIM, principalmente aqueles com quem mantive uma relação profissional, consegui expor minhas observações acima citadas sendo estas aceitas e possíveis de serem avaliadas, para que possam encontrar-se alternativas que levem a solução ou melhora dos problemas, garantindo aos profissionais e aos pacientes um ambiente de trabalho agradável que propicie uma assistência de qualidade. Portanto, o objetivo foi considerado alcançado.

CONCLUSÃO

A Síndrome da Imunodeficiência adquirida há mais de 10 anos faz parte da vida de muitas pessoas, e não é mais possível ignorá-la.

Apesar das descobertas e das tentativas para controlar a epidemia da AIDS, ainda temos muito que fazer e descobrir. “Crescem os nossos conhecimentos e possibilidades de tratar a doença e de preveni-la, e crescem também os índices de sua prevalência. Expande-se o número de tratamentos e amplia-se a complexidade das patologias associadas à AIDS. Para cada avanço, nesta luta, levanta-se um conjunto de novos problemas a resolver. Impõe-se um balanço da situação atual a fim de saber onde estamos e que direções podemos tomar.” (Bastos, Parker et al 1994 p. 336).

Atualmente cresce o número de pessoas infectadas pelo HIV, e portanto é preciso muito mais do que ciência para conter a epidemia da AIDS. Somente grandes investimentos em educação e recursos humanos poderão trazer alguma perspectiva para as populações. É preciso muito mais técnicas, métodos e elementos eficazes para prevenir ou achar a cura para AIDS. Se faz também necessário garantir a toda a população o acesso mais eqüitativo aos serviços de saúde, onde tais métodos possam

ser aplicados, ou seja, a democratização da informação e a socialização da informação são armas possíveis para controlar a epidemia.

Os meios de comunicação exercem grande influência e desempenham um papel importante na disseminação das informações. Dentre estes a “televisão é hoje o veículo audiovisual mais popular de informações especialmente pelo fato de contarmos com altas taxas de analfabetismo e baixo nível de escolaridade da população. Essa poderosa instituição é capaz de influenciar, alterar ou mesmo criar novas formas de comportamento, papéis e valores na sociedade. É neste sentido que uma análise mais detalhada das campanhas até então veiculadas sobre AIDS no Brasil, o seu caráter intermitente, a eficácia de suas mensagens, como também seu poder de penetração no espaço privado das pessoas, torna-se fundamental, como mais um instrumento metodológico importante em qualquer programa de prevenção e combate à doença que deseje ser eficaz”. (Parcker, 1994 p. 338).

A epidemia não consiste numa luta de vírus contra linfócitos, nem apenas numa luta de alguns indivíduos, abrangendo complexidade de dimensões que vão desde um problema individual até graves conseqüências mundiais. “Se o combate à doença não integra o conhecimento científico à defesa dos direitos humanos de todos os doentes ou dos que podem vir a ficar doentes, pode se tornar um combate aos doentes e não à doença, fazendo ressurgir os diversos tipos de discriminação e preconceito já vivenciados pela sociedade.” (Parker 1994 p. 338)

“O problema da AIDS provoca não somente graves repercussões sobre indicadores de saúde, mas também ocasiona fortes conseqüências

sobre o desenvolvimento, a produtividade e a economia do mundo. Pois ela afeta gravemente o funcionamento e a rentabilidade de certas indústrias, dado que a doença atinge essencialmente grupos etários produtivos e reprodutivos da população. Ao mesmo tempo pode alterar a composição da família, o número de gravidez indesejada, os comportamentos e práticas sexuais.

Como toda epidemia, a AIDS revela e revelará, na forma de crise na saúde pública, fraturas sociais e, como retrato social, nenhuma epidemia é só um problema médico, mas histórico, político e ideológico. A AIDS exige respostas à altura de sua complexidade, não sendo possível tratá-la através de medidas paliativas”. (Parker 1994 p. 339 - 340).

A população de Itajaí vive hoje uma grave situação de saúde pública, uma vez que a disseminação do HIV parece fugir ao controle das autoridades.

Criou-se um programa para atender pessoas infectadas e alternativas preventivas para manter a população informada; várias entidades estão trabalhando juntas para diminuir a incidência de casos e garantir a melhoria da qualidade de vida para reverter a imagem de “Capital da AIDS”.

Infelizmente as condições precárias de vida, baixo poder aquisitivo, baixo nível de escolaridade e outros fatores sociais, contribuem para a prostituição, tráfico e uso indiscriminado de drogas, menores de ruas, marginais e como consequência a disseminação da AIDS. Contudo, isso não significa que o vírus da AIDS não atinge as pessoas pertencentes às camadas sociais altas, o fato é que aqueles mais

privilegiados podem pagar consultas particulares ou realizar tratamento em outras cidades e por isso não aparecem nos serviços públicos. Mesmo assim creio que a maioria dos portadores de HIV/AIDS são realmente aqueles mais desfavorecidos.

No ambulatório de DST/AIDS existem atualmente cerca de 1200 prontuários, de pacientes que foram a óbitos, de pacientes que tem sido atendidos regularmente e de pacientes que não mais voltaram ao serviço e cuja causa de abandono é desconhecida.

Como já foi ressaltado, os fatores sociais dificultam o controle da doença.. Um dos graves problemas que atinge Itajaí, é o tráfico de drogas.

“O município de Itajaí é um dos que registra grande volume de drogas apreendidos em território catarinense. No ano passado, a delegacia local apreendeu cerca de uma tonelada de maconha e 164kg de cocaína. A presença do crack existe, mas a última grande apreensão pela polícia federal ocorreu há 2 anos.

O fato de Itajaí estar localizada no centro das principais rotas de cocaína garantiu ao município o título que tem, com o maior número de portadores de HIV registrados, onde grande parte foi infectado através de drogas injetáveis. (Diário Catarinense, 1997)”.

Durante o estágio foi possível constatar esta situação, pois grande parte dos pacientes atendidos foi infectado através de drogas injetáveis. Como exemplo, o dia em que atendi um jovem de 15 anos, que desde dos 13 tem o vírus da AIDS, e foi infectado usando drogas injetáveis. Isto muito me chocou.

A contaminação pelo HIV leva as pessoas a adquirirem novos hábitos de vida, mudarem filosofias e passarem a ver um mundo talvez nunca visto antes, pois entendem estar vivendo com o tempo contado. Apesar de saber que um dia morreremos, não sabemos aceitar a morte e admitir que ela realmente existe para todos. Vivemos a vida muitas vezes sem saber vivê-la, mas no caso dessas pessoas a vida passa a ter outra conotação.

O Referencial Teórico utilizado, teve como objetivo auxiliar-me no desenvolvimento do projeto assistencial. Contudo gostaria de ressaltar, que a realidade em que desenvolvi o projeto, mostrou-me que assistir pacientes com AIDS, não é apenas uma prática assistencial uma vez que engloba uma série de fatores que interagem entre si. Por isso compreendi que a teoria com certeza é muito importante, mas que fica difícil de ser trabalhada quando não se tem um conhecimento mais aprofundado da mesma e quando o tempo para desenvolvê-la é curto.

Mesmo assim procurei seguir os conceitos que norteiam a teoria, visando prestar cuidado de enfermagem, de acordo com seus princípios.

A Teoria de Leininger, é norteada pela cultura em que a pessoa está inserida, e vejo que o respeito aos costumes, valores, crenças, meio ambiente, sociedade e outros devem ser cultivados, se quisermos garantir uma assistência efetiva.

No decorrer do estágio comecei a sentir dificuldades para aplicar a teoria, mas com o tempo pude perceber que os conceitos estavam sendo aplicados e que conseguia estabelecer uma relação diferente com os pacientes. Na verdade a dificuldade que sentia era devido ao fato de que enquanto acadêmicas sempre seguimos um padrão estabelecido e quando

mudamos de realidade, sentimos evidentemente dificuldades por estar diante desta realidade nova, e frente a qual, por vezes sentimos uma certa impotência.

Pessoas portadoras do HIV ou doentes de AIDS vivem realidades que muitas vezes fogem da nossa compreensão, por isso, cheguei logo à conclusão que cada paciente possui uma história de vida diferente e diversificada pela cultura em que estão inseridos.

Não somente senti dificuldades decorrentes, da metodologia pelo qual o trabalho é guiado, mas também porque, a convivência com pessoas acometidas pela AIDS traz consigo um envolvimento intenso e isso causa um desgaste emocional.

No meu convívio com portadores de HIV e/ou doentes de AIDS, percebi que a forma como cada um foi infectado interfere no comportamento. Os usuários de drogas injetáveis acham que por terem usado drogas e “pertencerem ao mundo de pecados”, condenam-se por seus atos ilícitos. Alguns passam a freqüentar igrejas evangélicas, grupos de apoio e casas de recuperação, tentam, apesar da doença, renovar a vida e começar a desfrutar de coisas que nunca foram por eles vivenciadas.

Delaporte, citado por Westrupp (1997, p.36) escreveu que “Na renascença a explicação das pestilanças remete-se ao modelo do pecado original: os homens contraem uma doença porque eles cometem uma falta. A epidemia constitui um fato independente, autônomo e relevante da única decisão de Deus: ela é a expressão da cólera divina e a sanção dos culpáveis [...]”.

“Depois que descobri que tinha o vírus, me converti para a igreja evangélica, aprendi a ver a vida de cara limpa, antes, só de cabeça feita, hoje posso dizer que sou feliz, porque tenho Jesus no coração”... (portador assintomático).

Este tipo de comportamento é mencionado por Westrupp, (1997 p. 80), ao escrever: “Em todas as situações de ameaça, perigo e dor é comum no ser humano a busca de um suporte espiritual da conduta para a vida das pessoas em relação à doença, citada em Eclesiástico (38:9): “Filho não te desprezes a ti mesmo na tua enfermidade mas faze uma oração ao Senhor e ele te curará”.

As mulheres que se consideram vítimas, por terem adquirido o vírus por contato sexual com seu próprio companheiro, tornam-se revoltadas e tem grande dificuldade em aceitar a doença ou aderir ao tratamento.

Tem chamado a atenção de profissionais e pesquisadores o fato de alguns parceiros ou parceiras não terem sido infectados, mesmo tendo contato sexual sem proteção. Isso começa a despertar a curiosidade e pode implicar na busca das razões.

Trabalhar com portadores de HIV e/ou doentes de AIDS é um desafio para todos os profissionais, uma vez que o convívio prolongado com eles estabelece relações de amizade, amor, carinho e solidariedade, e portanto o estágio da doença ou a perda de pacientes é muito significativa, o que torna o trabalho um pouco estressante.

Apesar desses fatores não pensei que encontraria pessoas tão especiais e que ouviria as mais impressionantes histórias de vida. Aprendi a ver o outro lado da AIDS, perdi o medo de tocar e realizar

procedimentos nos pacientes, pensei que nunca conseguiria puncionar uma veia. Durante muito tempo senti muita pena, revoltada por ver tantas pessoas acometidas pelo mesmo problema, porém com o passar do tempo percebi que o sentimento de pena pode atrapalhar, uma vez que eles próprios consideram-se dignos de pena, temos que mudar essa imagem, é preciso criar, transpor e entender que apesar da doença, são seres capazes de ocasionar transformações, de contribuir para a sociedade, são capazes de amar e ser amados, são dignos de respeito, são acima de tudo cidadãos.

A UNIVALI com seus projetos de pesquisa e extensão, tem contribuído muito à sociedade Itajaiense, levando informações à população carcerária, à região do porto, estudantes, professores, escolas, indústrias e outras instituições. Com certeza são fatores de extrema importância pois tenha este trabalho um resultado emergente ou futuro, muito irá contribuir para que o número de casos de AIDS fique controlado. Espera-se que aumente a solidariedade e diminua a discriminação e o preconceito, fazendo com que a sociedade abra os braços, perca os medos e contribua para controlar a disseminação do HIV.

O que posso realmente concluir é que este estágio contribuiu para encorajar-me ainda mais e continuar nesta luta contra a epidemia da AIDS, informar e conscientizar pessoas, adquirir conhecimentos e garantir uma assistência de qualidade, pois assistir pacientes com AIDS não significa apenas realizar procedimentos técnicos, significa dar atenção, ouvir, não discriminar, não julgar, apoiar, intervir, compreender, fazer.

É preciso ser muito mais do que profissional. Vejo que enquanto acadêmicos adquirimos uma postura de corajosos e inatingíveis, usamos diversos mecanismos para ver os acontecimentos como “normais”, mas essa experiência que tive me mostrou o quanto somos fracos diante de situações que fogem ao nosso controle, e por vezes nos consideramos impotentes. Mas o mais importante e bonito disso tudo é saber que somos capazes de transformar, criar, errar, aprender e inovar a cada instante vivenciado, e a partir disso crescer como seres humanos e como profissionais contribuir para uma sociedade mais justa e igualitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIDS e falta de estrutura fazem do Cadeião o inferno na terra. Jornal dos Bairros. Itajaí 25/04/1997.
- BONTEMPO, Márcio. Uma Visão Holística da AIDS. In: Manual da Medicina Holística. São Paulo: Ed. Best Seller. 199... 450p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Documento de Consenso sobre Terapia Antiretroviral em Adultos. Brasília: Programa Nacional de DST/AIDS.1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: AIDS-DF: Ministério da Saúde- Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Ano IX, n. 04 Set. a nov., 1996.
- BRUNNER & SUDDART. Sistema Imunológico e Imunodeficiência. In: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1994 p.1155 a 1172.
- CARDOSO, Maria de Lourdes. Projeto Assistencial. Apostila apresentada à Disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem. UFSC-1997.

- DIÁRIO CATARINENSE. Batismo dos usuários é radical. 02/03/1997.
- Coquetel é a esperança dos doentes, mas a quantidade ainda é pequena.
Jornal dos Bairros. Itajaí, 25/03/1997.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. S.A. 2ª Ed. 1986. 1838p.
- GEORGE, Julia B. Madeleine Leininger. In: Teorias de Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.286-299.
- GRECO, Dirceu B., CASTRO NETO, Mozar de, TUPINAMBÁS, Unai. O caso da AIDS: Epidemia da Doença, Epidemia do Medo e seus subprodutos. In: BUCHINELLI, José Tarcísio P. , ROCHJA, LYS Esther, RIGOTTO, Raquel Maria. Isto é trabalho de gente? Vida, doenças e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. P.636-672.
- HAY, Louise L. A vida em perigo. Um manual de auto - ajuda contra doenças terminais e uma abordagem positiva da AIDS. Ed. Beste Seller. 1988
- JORNAL SBI. Profissional de saúde deve ser cuidadoso sempre. São Paulo. Vol. 3, n. 3, dezembro/1995.
- KOLLER, Evely Marlene Pereira. Cuidado de Famílias sob o impacto do vírus HIV em seu espaço sócio-econômico-cultural. Florianópolis: UFSC, 1992.144p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.

- KOLLER, Evelyn Marlene Pereira. Projeto Treinamentos CETRHU-UNIVALI- 1997.
- LIMA, Ana Lúcia Munhoz et al. Perguntas e Respostas: HIV/AIDS. São Paulo/Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Editora Atheneu. 1996. 351p.
- NORONHA, Kátia Maria Azevedo. Treinamento em Assistência Domiciliar Terapêutica. PID-CRAIDS-SEHIG- Ministério da Saúde-DF. 1995.
- OLIVEIRA, Lúcia Helena. Heymann, Gisela. AIDS hoje. Super Interessante. V. 07, n.58, p. 18-25, jul. 1992.
- PARKER, Richard. BASTOS, Cristina et al. A AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume - Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994.
- REIS, José Roberto Tozoni. Família, Emoção e Ideologia. In: Andrey, Alberto et al. 4ª ed, São Paulo: Brasiliense, 1986. Cap. 3, p. 100.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Distribuição de casos de AIDS, segundo o ano de diagnóstico, faixa etária e razão por sexo. 1996. (Dados preliminares até a semana 47 terminada em 30/11).
- TRENTINI, Mercedes. Dias, Lygia Paim Muller. Meu Primeiro Projeto Assistencial. UFSC- Casa Vida & Saúde, jul. 1994.

VARELA, Daniela Rosa. GIRARDI, Maria Aparecida. Cuidado de Enfermagem ao portador de HIV/AIDS com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. UFSC. Florianópolis, 1996.

WESTRUPP, Maria Helena Bittencourt & SOUZA, Maria de Lourdes de. Evitabilidade da AIDS e os Trabalhadores dos Serviços de Saúde. Trabalho apresentado no 46º Congresso de Enfermagem, Porto Alegre - RS. , 1994 p. 453-454.

WESTRUPP, Maria Helena Bittencourt. Práticas sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV: contribuições acerca da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV/AIDS. Florianópolis, 1997. 153p. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997. (versão preliminar).

ANEXOS

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1. Identificação:

Nome: (iniciais ou códigos)

Idade:

Religião:

Profissão:

Grau de instrução:

Estado civil:

2. Condições sócio- econômica: (renda familiar, residência)

3. Dados básicos dos (con)viventes:

3.1- Responsável:

3.2- Endereço:

3.3- Composição familiar:

4. Antecedentes e condições de saúde:

4.1- cultura, (con)viventes, saúde-doença: (hábitos de vida, costumes, crenças, etc)

4.2- Ambiente físico:

5. Cuidado popular: (quem cuida do (con)vivente com HIV/AIDS? Quais são os seus cuidados para promover o bem estar e/ou recuperação do seu ente?

5.1- Cuidado profissional? (orientações aos (con)viventes, cuidado de enfermagem, esclarecimento de dúvidas, promoção do bem estar e melhoria da qualidade de vida aos (con)viventes, etc)

5.2- Cuidado profissional e cuidado popular: (união dos conhecimentos para desenvolver um cuidado coerente)

6. Diagnóstico:

6.1. Plano de ação:

6.2. Avaliação:

FOTOGRAFIAS





Recepção do Ambulatório DST/AIDS



Sala para consulta de Enfermagem



Sala em que os pacientes recebem medicação



Festa de encerramento do Estágio



Festa de encerramento do Estágio



Entrevista com trabalhador do porto



Coleta de sangue para exame do HIV - Porto/Itajaí



Entrada do Porto de Itajaí



Porto de Itajaí

Itajaí

Seu porto de chegada



UNIVALI

Seu passaporte para o futuro

E a oportunidade de vida alegre,
descontraída e promissora.

Prevenir
DST / AIDS / DROGAS
depende principalmente de você

ESTRUTURA DE SERVIÇOS NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA AIDS EM ITAJAÍ E REGIÃO

1

A UNIVALI REALIZA SISTEMATICAMENTE:

- Intervenção Comportamental com calouros, alunos do CAU, funcionários do setor de apoio e comunidade em geral (mediante solicitação por ofício), na prevenção de DSTs / AIDS / DROGAS.

- CETRHU - Centro de Treinamento Recursos Humanos em DSTs / AIDS, dispõe de material audiovisual para a comunidade acadêmica (com agendamento prévio). Bloco 23 - 4º andar - UNIVALI

Trabalhos externos de Pesquisa e Extensão com a população carcerária, profissionais do sexo e portuários.

2

CODIM

Clinica de Diagnose Municipal

Rua Felipe Schmidt
(esquina com Hercílio Luz)
Fone: 348-3313 - ramal 248
Itajaí - Santa Catarina

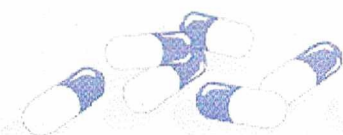
3

**AMBULATÓRIO CENTRAL
BALNEÁRIO CAMBORIÚ**

Rua 1500 - s/n - Centro
Fone: 367-0678
88330-000 - Balneário Camboriú - S.C.

Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI - Rua Uruguai, 458 - 88302-202 - Fone: (047) 344-7647

Prevenir
ainda é
O MELHOR
remédio



Conscientize-se!

AIDS

COMO SE PEGA ?

- Através de transfusão de sangue contaminado
- Pelo contato sexual, que envolve mucosas e secreções
- Da mãe contaminada para o bebê, antes, durante ou imediatamente após o parto, inclusive durante o aleitamento.

COMO NÃO SE PEGA ?

- Em copos, talheres, pratos e outros objetos.
- Suor, lágrimas ou saliva.
- Roupas de cama e banho ou vestuários.
- Toques, contatos e apertos de mão.
- Abraços, carícias e beijos.

COMO SE PREVENIR ?

- ▶ *Usando preservativo (camisinha) em toda e qualquer relação sexual.*
- ▶ *Evitando compartilhar seringas e agulhas com risco de contaminação.*
- ▶ *Exigindo sangue testado (do Banco de Sangue) quando necessitar de transfusão.*
- ▶ *Valorizando a parceria sexual única.*

***Este aditivo lubrifica
as engrenagens e
prolonga a vida
do seu motor***



BRASIL
GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CODIM
Clínica de Diagnóstico Municipal
Rua Felipe Schmitz
(Assunção/Horácio Luz)
Tel. (048) 340-3917 - Anexo 218
Bairro Santa Catarina

Use
Camisinha



UNIVALI
CETRHU
Tel. (041) 341-1947 - Fone/Fax

Assistência Domiciliar

Desde os primeiros casos de AIDS o estabelecimento de cuidados a domicílio demonstrou progresso no tratamento da doença. Embora cura ou vacina não tenham sido desenvolvidas, a melhoria dos métodos diagnósticos, do seguimento assistencial, o tratamento precoce das infecções oportunistas associadas à AIDS e a utilização de drogas anti-retrovirais têm mantido o paciente por maior período de tempo no convívio familiar.

A assistência domiciliar é um conceito utilizado com sucesso em outros países. Admite a possibilidade dos pacientes serem mantidos em seu próprio domicílio, utilizando recursos hospitalares apenas na detecção da patologia que o aflige no momento. Certas circunstâncias, como pacientes com dificuldades ou restrições a deambulação que necessitem frequentemente de atenção no leito e cuja gravidade não indica necessidade absoluta de utilização dos recursos hospitalares, são os que mais se beneficiam com este serviço.

Antes do desenvolvimento da ação na assistência domiciliar às pessoas com HIV/AIDS, é importante frisar pequenos parâmetros que podem prover grandes benefícios ao programa.

As três maiores áreas a serem exploradas são: os recursos da comunidade ou familiares para a manutenção dos pacientes no domicílio, participação de profissionais de saúde nos cuidados domiciliares e apoio da clientela a ser servida.

As vantagens deste serviço são inúmeras, além de não requerer nenhum equipamento especial, evitará internações prolongadas e desnecessárias mantendo-os no aconchego do lar assim como serve de instrumento para o resgate dos pacientes que abandonam o tratamento e colabora nos cuidados às crianças com AIDS.

Este projeto implementa 2 níveis de complexidade:

1. Assistência domiciliar simples

A assistência domiciliar simples são visitas planejadas de médicos e/ou enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos ou outros profissionais que forem solicitados para avaliação da situação do doente.

Este mesmo tipo de atendimento é prestado pelas ONG com suporte psico-social aos doentes e seus familiares.

2. Assistência domiciliar terapêutica ou internação domiciliar

A assistência domiciliar terapêutica (ADT) é um prolongamento à domicílio dos cuidados hospitalares prescritos na unidade de saúde responsável. Será um serviço de apoio integral ao paciente e sua família. Este serviço, quando geograficamente possível oferece as vantagens de:

- custo reduzido para a coletividade permitindo ao paciente receber o tratamento dentro do seu domicílio.
- permite uma melhor qualidade de vida, além do uso das inúmeras possibilidades oferecidas em uma hospitalização convencional.
- permite cuidados por uma equipe de enfermagem com acompanhamento de seu médico habitual.

Os serviços de assistência domiciliar organizado em hospitais ou unidades de saúde podem acomodar uma relação mais próxima entre médico, enfermeira, assistente social com o enfermo em sua casa e seu círculo familiar.

Princípios Básicos:

- Análise epidemiológica HIV/AIDS local, para caracterização de clientela e implementação da assistência domiciliar junto as unidades de saúde, SAE, hospital/dia ou hospital geral.

- Localizar geograficamente e dimensionar o serviço de saúde para implantação do serviço domiciliar.
- Adequar as atividades do serviço de forma que o atendimento seja constante e ágil.
- Facilitar suporte a outras especialidades médicas além de exames laboratoriais.
- Articulação com serviços básicos de saúde, hospitais gerais, casas de apoio, grupos de auto-ajuda, grupos da comunidade que ajudam pacientes HIV/AIDS.
- Manter qualidade de cuidados semelhantes aos hospitais gerais.

Objetivos:

1. Reduzir o número de internações nos hospitais/dia ou hospitais gerais.
2. Corrigir remissão de sintomas, controlando os episódios de menor gravidade através de tratamento precoce e resolutivo.
3. Estabelecer um comprometimento familiar com os cuidados ao paciente, aumentando o grau de informação e educação intra-domicílio.
4. Aumentar a participação da comunidade (parentes, vizinhos, amigos, etc) no processo de educação para a prevenção, controle e tratamento a AIDS.
5. Combater os preconceitos estimulando a manutenção dos pacientes no seio de suas próprias comunidades.
6. Resgatar pacientes que se incluem na lista ativa de abandono do tratamento.
7. Manter a criança dentro de sua estrutura familiar.

Atividades e Funções

Definindo-se a necessidade de manutenção do paciente a domicílio pela equipe multidisciplinar, o paciente será incluído no programa de serviço domiciliar, tendo-se claro que é absolutamente necessária a participação familiar nesta atividade.

A partir deste instante, a equipe responsável pela assistência domiciliar promoverá o seu tratamento e coordenará as ações necessárias ao restabelecimento, com visitas periódicas e preenchimento de prontuário com evolução e prescrição.

Dentro das funções da multiprofissionalidade, a equipe médica deverá avaliar a necessidade do paciente para manutenção a domicílio, diagnosticar e tratar adequadamente.

A equipe de enfermagem será destacada para prestar assistência ao paciente no seu domicílio em íntima associação com família e membros voluntários da comunidade. Executa as prescrições médicas e orienta quanto a higiene corporal e normas de biossegurança.

O serviço de farmácia das unidades de saúde/instituições proverão o fornecimento de todos os medicamentos prescritos no prontuário médico.

O serviço social avalia as necessidades socio-econômicas, além de encargos sociais do paciente.

O serviço de nutrição avalia e orienta as complementações alimentares (por exemplo: nutrição enteral domiciliar).

O serviço de fisioterapia intervém nos problemas relacionadas à reabilitação.

A assistência psicológica deverá trabalhar com outros profissionais prestando atendimento aos pacientes e familiares seja na unidade ou a domicílio.

O serviço de transporte é responsável pelo apoio logístico integral, atendendo necessidade de exames, medicamentos, alimentos ou de participantes da equipe responsável pela ADT.

O paciente poderá ser referido ao ambulatório original ou internação de acordo com parecer da equipe da assistência domiciliar terapêutica.

Atividades específicas

Quando se tem profissionais cuidando somente de pacientes HIV/AIDS, os grupos são experimentados e desenvolverão rapidamente cuidados de enfermagem especializado, o que trará benefícios nesta área. Porém, devido a complexidade do processo da doença o paciente algumas vezes requer duplicação de visitas no mesmo dia. Portanto, o melhor plano é educar todo o serviço de enfermagem para atendimento a estes indivíduos. O conhecimento profissional das infecções oportunistas, dos neoplasmas associadas a AIDS e o planejamento dos cuidados domiciliares devem ser reforçados.

Noções de biossegurança devem ser explicadas rotineiramente aos funcionários da equipe, além dos familiares e amigos que acompanharão todo o processo de doença.

O grupo de assistência domiciliar deve ensinar a todos os participantes, medidas essenciais de prevenção, higiene, combatendo e desmitificando sistematicamente os preconceitos, ajudando a controlar a disseminação da epidemia e melhorando os padrões de vida intra domiciliar.

O apoio psicossocial intra domiciliar em associação com o serviço social, poderão auxiliar a recolocação do paciente no mercado de trabalho e a ressocialização na comunidade.

Aos pacientes e familiares devem ser assegurados a privacidade e a confidencialidade das informações, tanto nos serviços quanto no acompanhamento domiciliar.

Recursos humanos necessários

Médico assistente - responsável pelo paciente e seu tratamento e coordenador da

equipe multidisciplinar de saúde.(01)

Enfermeira e auxiliar de enfermagem - (04)

- orientar na biossegurança da equipe, familiares e amigos.
- prover medicação de acordo com prescrição de prontuário médico.
- realizar e orientar procedimentos de manutenção do leito tais como limpeza, troca de roupa estimulando a participação de voluntários (familiares e membros da comunidade).
- realizar procedimentos de aplicações de medicações endovenosas e/ou transfusões de fluidos e sangue, se necessários.
- coletar e encaminhar exames laboratoriais a domicílio.
- observar e orientar quanto ao desprezo do lixo hospitalar/domiciliar

Assistente social - prover suporte do sistema ao paciente com envolvimento familiar.(01)

- integração ao trabalho.
- facilitação de transporte.
- situação financeira e suporte de apoio.
- conciliação com outros serviços, ONG, casas de auto-ajuda.

Psicólogos e psiquiatras - prover suporte psicológico e/ou psiquiátrico aos pacientes e seus familiares.

Nutricionistas- para orientação dietética a domicílio, poderão pertencer aos SAE/hospitais.

Fisioterapeutas - estimular sua participação no acompanhamento aos doentes crônicos.

Motorista - transporte da equipe, material laboratorial, suporte nutricional.

A equipe da ADT deverá encorajar a participação de outros profissionais como odontólogos ou médicos de outras especialidades, integrando-os para melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Recursos Materiais

Os materiais mais utilizados para este tipo de serviço pela equipe de enfermagem são: equipos de soro, agulhas e caixa para descarte das mesmas, mesas de alimentação para camas, inaladores, material e colchões anti-escaras, bacia, bandeja de curativos, cadeira de rodas, cadeiras para banho.

Orientações para biossegurança domiciliar

Precauções universais

1. Lavar as mãos antes e após manipulação do paciente.
2. Usar luvas ou proteção plástica sempre que houver contato com sangue, fluídos orgânicos, manipulação de mucosas e pele não íntegra.
4. Cuidado ao manipular objetos afiados (lâminas de bisturi, agulhas, lâminas de barbear, tesouras), gases e compressas. Desprezar em locais apropriados e nunca reutilizá-los.
5. Roupas não íntimas, banheiros, utensílios de cozinha não requerem tratamento especial se não houverem lesões sangrantes no paciente.
6. Proteger colchão e travesseiro com capas plásticas, que serão limpas regularmente com água, sabão e desinfetantes.
7. Recipientes para desprezar objetos sujos, afiados e agulhas devem ser rígidos e resistentes:
 - galões de plástico ou metal
 - latas com tampa

- frascos de álcool

8. Papéis sujos, absorventes higiênicos, gases podem ser embrulhados em sacos plásticos e desprezados em recipientes adequados (latas de lixo).

9. Orienta-se para que a equipe da ADT recolha os recipientes do item 7 dos locais onde não haja coleta hospitalar, para adequação do material.

Limpeza de materiais sujos (com sangue, fluidos, vômitos)

1. Roupas: fervura ou permanecer embebidas em solução de hipoclorito de sódio 5g/l (250 ml/l - 1 copo e meio/l) por 30 minutos.

2. Superfícies : colocar solução de hipoclorito de sódio 5g/l (250 ml/l - 1 copo e meio/l), cobrir com gaze ou pano embebido na mesma solução por 30 minutos. Desprezar o material em sacos plásticos, com o resíduo sólido, se houver.

3. Utensílios de cozinha: solução de hipoclorito de sódio 5g/l (250 ml/l - 1 copo e meio/l) por 30 minutos. Os utensílios poderão ser desprezados ou recuperados.

Prevenção de acidentes com agulha

1. não reencapar;
2. não entortar;
3. não reusar;
4. não desconectar a agulha da seringa;
5. desprezar em recipientes apropriados imediatamente após uso.

Desinfecção química

1. HIPOCLORITO DE SÓDIO (CÂNDIDA, ÁGUA DE LAVADEIRA, Q-BOA)- é corrosivo para metais. Deve ser diluído antes de sua utilização (máximo de 6 horas) em recipientes não metálicos, protegido da luz e do calor excessivo.

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| CLORO ATIVO | 0,5% (5 g/l) | 1% (10g/l) |
| SOLUÇÃO DE HIPOCLORITO DE SÓDIO | 250 ml/l 1 copo e meio/l | 500 ml/l 2 copos e meio/l |

Tempo- 15 a 30 minutos. Concentração dependente da quantidade de matéria orgânica presente.

2. GLUTALDEÍDO (CIDEX, GLUTACID)- solução aquosa a 2%. Deve ser atiyada antes do uso (pode ser usada por 2 semanas após ativação).

Tempo- 10 a 30 minutos

| INATIVAÇÃO VIRAL | PRODUTO | CONCEN TRACÃO | TEMPO | INDICAÇÃO | COMENTARIOS |
|------------------|-------------------------------|--|--------------------------------|---|--|
| QUÍMICOS | HIPOCLORITO DE SÓDIO | 5 g/l (250 ml/l- 1 copo e meio/l) 10 g/l (500 ml/l- 2 copos e meio/l) | 30 min. | MATERIAL LIMPO MATERIAL SUJO -SUPERFÍCIES VASO SANITÁRIO ROUPAS. URINOL | CORROSIVO PARA METAIS. INSTÁVEL. PREPARAR ANTES DO USO (MAX. 6 H.). PROTEGER DA LUZ E DO CALOR. |
| | GLUTALDEÍDO (GLUTACID. CIDEX) | 2% | 10 a 30 min 30 a 60 min | CHÃO E SUPERFÍCIES MÁSCARA DE OXIGÊNIO E DE INALAÇÃO | ATIVAR SOLUÇÃO ANTES DO USO. ATIVIDADE REDUZIDA POR PROTEÍNAS. |
| FÍSICOS | FERVURA | | 30 min. | ROUPAS COM SANGUE OU FLUÍDOS CORPORAIS | |

TREINAMENTO EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA PID-CRAIDS-SEHIG - MINISTÉRIO DA SAÚDE

Papel da (o) Enfermeira (o) no Domicílio

A visita domiciliar proporciona a (o) enfermeira (o) contato direto com paciente, a família e a comunidade, planejando assim as necessidades básicas, sociais que cercam o paciente, bem como educação a respeito da doença.

Por outro lado, interage-se melhor com a família estimulando-a aos cuidados básicos ao paciente integralmente, supervisionando as ações, diminuindo hospitalizações desnecessárias, evitando também a separação que gera ansiedade, de ambas as partes.

A (o) enfermeira (o) na sua consulta é capaz de avaliar o paciente e sua família, detectando os problemas, comunicando aos demais membros da equipe de atendimento domiciliar, quais os problemas mais evidentes que foram observados, fazendo com que o paciente e sua família com AIDS, sintam-se bem assistida ao ser acompanhada por esta equipe multidisciplinar.

Sabe-se que pacientes agonizantes e terminais são mais bem cuidados pela família no domicílio, do que em internações hospitalares frias e impessoais. Junto com a equipe de ADT, proporcionam ao paciente, melhor qualidade de vida, conforto, preparando-o emocionalmente, espiritualmente, para a morte.

O contato enfermeira-famíliares tornam-se cada vez mais estreitos, sendo depositado neste profissional muita confiança. Em contra-partida esta confiança deverá ser correspondida através de uma assistência da melhor qualidade possível.

Atribuições da(o) enfermeira(o) no atendimento domiciliar.

- . Aplicação da consulta de enfermagem,
- . Avaliar o ingresso do paciente em atendimento domiciliar.

- . Coletar material e encaminhar exames de laboratório,
- . Encaminhar paciente para exames radiológicos,
- . Realizar procedimento de aplicação de medicação endovenosa, e hemotransfusão,
- . Realizar e orientar quanto aos curativos,
- . Orientar terapêuticamente, nutricionalmente, higienização e promoção do auto-cuidado,
- . Orientar a família e comunidade na assistência ao paciente HIV/AIDS,
- . Organizar agendamento das consultas,
- . Participar de reuniões com os demais membros da equipe ADT,
- . Orientar comunicantes em caso de Tuberculose,
- . Orientar família e comunidade sobre biossegurança domiciliar,
- . Prover a domicílio com material de enfermagem e medicação, afim de ser usado no cuidado ao paciente,
- . Orientar sobre desprezo do lixo hospitalar/domiciliar.
- . Estimular reuniões com a comunidade (vizinhos, amigos, ONGs) e familiares afim de troca de experiências.

Kátia Ma. Azevedo Noronha
1995.

NORMAS DE FUNCIONAMENTO DOS CENTROS DE ORIENTAÇÃO E APOIO SOROLÓGICO - COAS

NORMAS DE ORGANIZAÇÃO

1 - Princípios Organizacionais

- a) Acessibilidade e Gratuidade: O COAS deve estar situado em local de fácil acesso tanto para a população em geral como para as populações-alvo. Os serviços são oferecidos gratuitamente e atendem a demanda espontânea.
- b) Confidencialidade e Anonimato: Os testes são realizados sob anonimato do cliente e os resultados identificados por uma senha. Apenas o portador da senha tem acesso ao resultado do teste. A confidencialidade é requisito essencial para que se estabeleça a necessária confiança entre cliente e aconselhador.
- c) Agilidade e Resolutividade: Recepção acolhedora, o encaminhamento rápido, tempo mínimo de espera e disponibilidade de resultados confirmados em tempo hábil e o menor possível.
- d) Aconselhamento : Procedimento que permite contato direto com o cliente, considerado estratégia eficaz para intervenções educativas com vistas à mudança de comportamento de risco e para o manejo da situação de comunicação do diagnóstico. Para tanto exige disponibilidade de tempo por parte do aconselhador, consistência, uniformidade e precisão da informação prestada.
- e) Referência: A atuação do COAS esgota-se no oferecimento de testagem sorológica e aconselhamento. Todo cliente soropositivo será encaminhado para serviço de referência. Nenhum COAS pode funcionar sem uma rede de **serviços assistenciais** que absorvam a demanda gerada por ele. O cliente também poderá ser encaminhado para **um grupo de ajuda mútua** comunitário.

2 - Equipe de Trabalho

A equipe deverá ser formada por aconselhadores multiprofissionais(médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, etc.), coletadores(agentes de saúde, auxiliares de laboratório ou técnicos de laboratório), recepcionista e pessoal de limpeza.

ACONSELHAMENTO COLETIVO PRÉ-TESTE

- O aconselhamento coletivo pré-teste destina-se a prestar informações sobre os modos de transmissão e os meios de prevenção da AIDS, sobre a natureza do teste e do significado dos seus resultados para que o cliente possa decidir-se se deseja ou não realizar o teste.
- O aconselhamento coletivo é feito em grupos de até 25 pessoas, onde serão dadas as seguintes informações:
 - O que é o COAS e os seus princípios de funcionamento, em especial no que concerne ao sigilo e anonimato;
 - O que é a AIDS, como se transmite, como não se transmite, os meios de transmissão;
 - Como é o sistema de testagem (testes de triagem e complementares), os resultados e seus significados, o valor preditivo, a janela sorológica;
 - A diferença entre infecção pelo HIV e doença (AIDS);
 - A natureza dos serviços prestados pelo COAS e sua rede de referências.
- Demonstração do uso da camisinha.
- Estimular a participação ativa dos clientes e responder as perguntas formuladas.
- Projetar vídeo-educativo (se achar conveniente e houver disponibilidade do recurso).
- Estimular a participação dos clientes em discutir o filme.
- Colocar folhetos e outros materiais educativos à disposição dos clientes.
- Dispensar os clientes que não mais desejarem fazer o teste (por se sentirem suficientemente orientados).
- Encaminhar para o aconselhamento individual pré-teste os clientes que desejarem orientação individualizada.
- Fornecer senha numérica e preencher formulário individual de dados estatísticos para cada cliente que desejar fazer o teste.
- Agendar o retorno e encaminhar o cliente com sua senha para a sala de coleta de sangue (observar a relação de clientes no dia do retorno x aconselhadores, disponibilidade de tempo, serviços de coleta, tempo para vinda do resultado, para que se evite demoras, acúmulos de serviços, volta do cliente).

ACONSELHAMENTO INDIVIDUAL PRÉ-TESTE

Destina-se a esclarecer, de acordo com as necessidades individuais do cliente, suas demandas adicionais de informação, esclarecimento ou orientações.

Rotinas

- Receber o cliente em sala apropriada e privativa;
- Ouvir o cliente e esclarecer suas dúvidas;
- Orientá-lo na medida de suas necessidades;
- Dispensar o cliente que não mais desejar fazer o teste;

- Agendar o retorno e encaminhar o cliente com sua senha para a sala de coleta de sangue.

ACONSELHAMENTO INDIVIDUAL PÓS-TESTE

A natureza do aconselhamento individual pós-teste depende do resultado do teste. Visa a abordar adequadamente o impacto do diagnóstico, prestar orientações e esclarecer dúvidas e intervir face a face, com o objetivo de favorecer a mudança de comportamentos individuais de risco e bloquear a cadeia de transmissão do HIV. Os aconselhamentos pós-teste são sempre agendados.

Rotinas:

- Receber o cliente em sala apropriada e privativa.
- ***Se o resultado for negativo:***
 - comunicar o resultado ao cliente e ressaltar o significado do teste;
 - avaliar a possibilidade do cliente estar em janela sorológica;
 - orientar a realização ou não de testes posteriores segundo aquela avaliação;
 - lembrar e tirar dúvidas que por ventura tenham ficado em relação às vias de contaminação e os meios de prevenção;
 - ressaltar a importância da mudança de hábitos principalmente no que concerne à utilização de preservativos e uso de drogas endovenosas.
 - valorizar a mudança de comportamento mais do que incentivar a testagem periódica.
- ***Se o resultado for positivo:***
 - comunicar o resultado ao cliente;
 - explicar o significado do teste, seu valor preditivo, sua importância, como revelador da presença do HIV, dissociando o diagnóstico de infecção da ideia de doença e morte iminente;
 - explicar as possibilidades de tratamento e incentivar o cliente a buscar o tratamento e acompanhamento em serviço de saúde precocemente;
 - avaliar o impacto do resultado na vida do indivíduo, procurando observar suas relações sociais e expectativas;
 - ressaltar novamente as vias de transmissão e os meios de prevenção da infecção e tirar dúvidas;
 - reforçar a importância de se bloquear a cadeia de transmissão do HIV;
 - referenciar o cliente para um serviço assistencial e/ou grupo comunitário de apoio.
 - se colocar a disposição do cliente para o apoio emocional, encaminhamentos e solucionar possíveis dúvidas futuras.
- ***Se o resultado for inconclusivo ou não-realizado:***
 - comunicar e esclarecer a situação com o cliente, explicando o motivo da impossibilidade de fornecimento de um resultado;
 - informá-lo da necessidade de nova coleta, novo exame e novo agendamento;
 - fornecer nova senha ao cliente, agendar novo retorno e encaminhá-lo para a sala de coleta de sangue.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
PRONTUÁRIO DST / AIDS

DADOS PESSOAIS:

Nº PRONT: | | | | |

NOME:.....
DATA NASC. / / SEXO:..... ESTADO CIVIL:.....
NATURALIDADE:..... NACIONALIDADE:.....
RELIGIÃO:..... COR:..... ESCOLARIDADE:.....
PROFISSÃO:.....
FILIAÇÃO: PAI:..... MÃE:.....
ENDEREÇO:..... Nº.....
BAIRRO:..... CIDADE:..... UF:.....
C.E.P.:..... PONTO REF:.....

DADOS COMPLEMENTARES

- 1- FATORES SOCIAIS DE RISCO:.....
- 2- CLIENTE ESTEVE EM CONTATO COM PORTADOR DO H.I.V.:.....
- 3- CLIENTE FEZ OU FAZ USO DE DROGA INJETÁVEL:.....
- 4- CLIENTE RECEBEU SANGUE OU DERIVADOS:.....
- 5- CLIENTE FEZ DOAÇÃO DE SANGUE. LOCAL E DATA:.....
- 6- CLIENTE JÁ ESTEVE PRESO:.....
- 7- CLIENTE TEM FILHOS MENORES DE 10 (DEZ) ANOS:.....
- 8- CLIENTE SOFREU HEMODIÁLISE:.....
- 9- COMPORTAMENTO SEXUAL DO CLIENTE:.....
- 10- RESIDÊNCIA/ESTADIA DO CLIENTE NOS ÚLTIMOS 5 ANOS:.....
- 11- CLIENTE ESTEVE NO EXTERIOR NOS ÚLTIMOS 10 (DEZ) ANOS, EM QUE PAÍS?:.....

NOTA:.....
.....
.....
.....

EXAMES / DATA / SENHA:.....
Nº..... ELISA₁..... IMONUF.....
ELISA₂..... W.B.....

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CODIM - CENTRO DE ORIENTAÇÃO E DIAGNOSE MUNICIPAL
ADT - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA

PRONTUÁRIO DE CUIDADOS:

Observação de Admissão:

Nome do Paciente: _____ Data: ____/____/____

Nº Prontuário: _____ Nº da Notificação: _____

Motivos da Admissão - Objetivos do Atendimento Domiciliar:

História da Doença Atual - Antecedentes:

Tratamento na Admissão:

Anti-Retrovirais: _____

Outros: _____

Problemas Clínicos Particulares:

Fator de Transmissão: _____

Soro+ Desde: _____

CD4 Atual: _____ Data: ____/____/____

Médico de Origem: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FAA - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO
DA UNIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

REGISTRO: _____ NOME: _____
ENDEREÇO: _____
DATA NASC.: ____/____/____ BAIRRO: _____
SEXO: ☐ F ☐ M MUNICÍPIO: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

FICHA: _____ DATA ATENDIMENTO ____/____/____ ENCAMINHAMENTO _____

| SUB-GRUPO | CÓD. | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | PROFISSIONAL | CID. | PROG. | ATIV. |
|-----------|-------|---------------------------|--------------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

TIPO ATENDIMENTO: _____ GRUPO ATEND.: _____ ASSINATURA
E/OU CARIMBO

GRÁFICA IMAR LTDA. - FONE/FAX: 344-3052



Prefeitura Municipal de Itajaí
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
CODIM / COAS

RESULTADO DE EXAME

TÉCNICA: _____ **SENHA:** _____
ELISA : _____
IFI : _____
WB : _____
VDRL : _____

Data ____/____/____ **Ass.** _____

COAS: R. Felipe Schmidt, esq. com Hercílio Luz S/Nº - Centro ITAJAÍ - SC
Fone: (047) 348-3313 - Ramal: 248

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS
C O D I M - C O A S
R E S U L T A D O D E E X A M E

Atestamos para os devidos fins que _____

_____, senha de número _____, prontuário

DST/AIDS _____, apresentou os seguintes resultados da amostra sorológica.

Para HIV ELISA _____ Data: ____/____/____.

IMUNO _____ Data: ____/____/____.

WESTEM BLOTT _____ Data: ____/____/____.

Para VDRL _____ Data: ____/____/____.

Itajaí, ____/____/____

Assinatura: _____.

US-MS-DST-AIDS

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE AGRAVOS
DE NOTIFICAÇÃO
FICHA INDIVIDUAL DE INVESTIGAÇÃOAIDS
(ADULTO)

- DADOS GERAIS

| | | |
|-------------------------|---------------------------|--|
| NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO | 4-DATA DE NOTIFICAÇÃO / / | 3-SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE NOTIFICAÇÃO |
| CÓDIGO MUNICÍPIO | 5-NOME MUNICÍPIO | |
| CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE | 7-NOME UNIDADE DE SAÚDE | |

- DADOS DO CASO

NOME DO PACIENTE

| | | |
|---|------------------------------------|---|
| DATA NASCIMENTO / / | 10-IDADE / / A-ANOS | 11-SEXO <input type="checkbox"/> 1-MASCULINO <input type="checkbox"/> 2-FEMININO |
| 2-GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1-ANALFABETO <input type="checkbox"/> 2-1º GRAU <input type="checkbox"/> 3-2º GRAU <input type="checkbox"/> 4-SUPERIOR <input type="checkbox"/> 9-IGNORADO | 13-DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS / / | |
| 14-CÓDIGO MUNICÍPIO | 15-NOME MUNICÍPIO | |
| 16-CÓDIGO DISTRITO | 17-DISTRITO | 18-ZONA <input type="checkbox"/> 1-URBANA <input type="checkbox"/> 2-RURAL <input type="checkbox"/> 19-UF |
| 20-CÓDIGO BAIRRO | 21-BAIRRO OU LOCALIDADE | |
| 22-ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, Nº, APTº) | | |
| 23-PONTO DE REFERÊNCIA | | 24-TELEFONE / / |
| 5-Ocupação | | 26-DATA DO DIAGNÓSTICO / / |

| | |
|---|----------------------|
| 7-SITUAÇÃO ATUAL <input type="checkbox"/> 1-VIVO <input type="checkbox"/> 2-MORTO <input type="checkbox"/> 9-IGNORADO | 28-DATA DO ÓBITO / / |
|---|----------------------|

9-EM CASO DE ÓBITO INFORMAR A CAUSA DE MORTE (EXATAMENTE COMO O ATESTADO DE ÓBITO)

A) _____ C) _____
B) _____

10-NOME DA MÃE

- CATEGORIAS DE EXPOSIÇÃO

| |
|---|
| 11- <input type="checkbox"/> 1-HOMOSSEXUAL MASCULINO <input type="checkbox"/> 2-BISSEXUAL MASCULINO <input type="checkbox"/> 3-HETEROSSEXUAL <input type="checkbox"/> 4-NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> 9-IGNORADO |
| 12-SE HETEROSSEXUAL <input type="checkbox"/> 1-SIM <input type="checkbox"/> 2-NÃO <input type="checkbox"/> 9-IGNORADO |
| <input type="checkbox"/> 1-COM PARCEIRO BISSEXUAL <input type="checkbox"/> 4-COM PARCEIRO (A) TRANSFUNDIDO (A) <input type="checkbox"/> 7-COM PARCEIRO (A) HIV+/AIDS |
| <input type="checkbox"/> 2-COM PARCEIRO (A) USUÁRIO DE DROGAS EV <input type="checkbox"/> 5-COM PARCEIRO HEVOPÍLICO |
| <input type="checkbox"/> 3-COM MÚLTIPLOS (AS) PARCEIROS (AS) <input type="checkbox"/> 6-COM PARCEIRO (A) COM MÚLTIPLOS PARCEIROS |
| 33-USUÁRIO DE DROGAS ENDOVENOSAS <input type="checkbox"/> 1-SIM <input type="checkbox"/> 2-NÃO <input type="checkbox"/> 9-IGNORADO |
| 34-HEVOPÍLICO <input type="checkbox"/> 1-SIM <input type="checkbox"/> 2-NÃO <input type="checkbox"/> 9-IGNORADO |
| 35-HISTÓRIA DE TRANSUSÃO DE SANGUE A PARTIR DE 1980 <input type="checkbox"/> 1-SIM <input type="checkbox"/> 2-NÃO <input type="checkbox"/> 9-IGNORADO |
| 36-SE SIM, DATA / / |
| 37-LOCAL/MUNICÍPIO |
| 38-OUTROS (ESPECIFICAR) |

- DADOS LABORATORIAIS

| |
|---|
| 39-SOROLOGIA PARA HIV <input type="checkbox"/> 1-POSITIVO <input type="checkbox"/> 2-NEGATIVO <input type="checkbox"/> 3-INCONCLUSIVO <input type="checkbox"/> 4-NÃO REALIZOU <input type="checkbox"/> 9-IGNORADO |
| <input type="checkbox"/> 1-ELISA (1º TESTE) <input type="checkbox"/> 3-IMUNOFLUORESCÊNCIA <input type="checkbox"/> 9-OUTROS |
| <input type="checkbox"/> 2-ELISA (2º TESTE) <input type="checkbox"/> 4-WESTERN BLOT |

40-SE SOROLOGIA NÃO REALIZADA OU COM RESULTADO DESCONHECIDO

EXCLUSÃO DE OUTRAS CAUSAS DE IMUNODEFICIÊNCIA ☐ 1-SIM ☐ 2-NÃO ☐ 9-IGNORADO

DATASUS

08/09/93 AIDS

DADOS CLÍNICOS

CRITÉRIO CARACAS 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1-SARCOMA DE KAPOSI (10) | <input type="checkbox"/> 8-FEBRE MAIOR OU IGUAL A 38°C, POR TEMPO MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) |
| <input type="checkbox"/> 2-TUBERCULOSE DISSEMINADA/EXTRA-PULMONAR/NÃO CAVITÁRIA (10) | <input type="checkbox"/> 9-CAQUEXIA OU PERDA DE PESO MAIOR QUE 10% (2) |
| <input type="checkbox"/> 3-CANDIDÍASE ORAL OU LEUCOPLÁsia PILOSA (5) | <input type="checkbox"/> 10-ASTENIA MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) |
| <input type="checkbox"/> 4-TUBERCULOSE PULMONAR CAVITÁRIA OU NÃO ESPECIFICADA (5) | <input type="checkbox"/> 11-DERMATITE PERSISTENTE (2) |
| <input type="checkbox"/> 5-HERPES ZOSTER EM INDIVÍDUO MENOR OU IGUAL A 60 ANOS (5) | <input type="checkbox"/> 12-ANEMIA E/OU LINFOPENIA E/OU TROMBOCITOPENIA (2) |
| <input type="checkbox"/> 6-DISFUNÇÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (5) | <input type="checkbox"/> 13-TOSSE PERSISTENTE OU QUALQUER PNEUMONIA (EXCETO TUBERCULOSE) (2) |
| <input type="checkbox"/> 7-DIARRÉIA MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) | <input type="checkbox"/> 14-LINFADENOPATIA MAIOR OU IGUAL A 1 CM, MAIOR OU IGUAL A 2 SÍTIOS EXTRA-INGUINAIS, POR TEMPO MAIOR OU IGUAL A 1 MÊS (2) |

CRITÉRIO CDC 1-SIM 2-NÃO 9-IGNORADO

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1-CANDIDÍASE (ESÔFAGO, TRAQUEIA, BRÔNQUIOS, PULMÃO) | <input type="checkbox"/> 9-LEUCEOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA |
| <input type="checkbox"/> 2-CITOMEGALOVÍRUSE | <input type="checkbox"/> 10-LINFOMA NÃO HODGKIN |
| <input type="checkbox"/> 3-COCCIDIOIDOMICOSE DISSEMINADA | <input type="checkbox"/> 11-LINFOMA PRIMÁRIO DO CÉREBRO |
| <input type="checkbox"/> 4-CRIPTOCOCOSE (EXTRA-PULMONAR) | <input type="checkbox"/> 12-MICOBACTERIOSE DISSEMINADA |
| <input type="checkbox"/> 5-CRIPTOSPORIDÍASE | <input type="checkbox"/> 13-PNEUMONIA POR P. CARINII |
| <input type="checkbox"/> 6-HERPES SIMPLEX (MUCO-CUTÂNEO > 1 MÊS, ESÔFAGO, BRÔNQUIOS, PULMÃO) | <input type="checkbox"/> 14-SALMONELOSE (SEPTICEMIA RECORRENTE) |
| <input type="checkbox"/> 7-HISTOPLASMOSE DISSEMINADA | <input type="checkbox"/> 15-TOXOPLASMOSE CEREBRAL |
| <input type="checkbox"/> 8-ISOSPORIDÍASE | |

NOME DO MUNICÍPIO/UNIDADE DE SAÚDE ONDE SE REALIZA O TRATAMENTO

44 - CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE

INVESTIGADOR

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE

46 - CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE

NOME

48 - FUNÇÃO

49 - DATA

50 - ASSINATURA

OBSERVAÇÕES

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

ELAS NÃO DEVERÃO FICAR EM BRANCO, A NÃO SER QUANDO NÃO SE APLICAR O PREENCHIMENTO. AS INSTRUÇÕES SOBRE A CODIFICAÇÃO DE CADA ÍTEM DEVERÃO SER RIGOROSAMENTE SEGUIDAS.

S QUADROS EM CINZA NÃO DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO INFORMANTE.

- NOME MUNICÍPIO - REGISTRAR O NOME DO MUNICÍPIO ORIGEM DA NOTIFICAÇÃO.
- NOME DA UNIDADE DE SAÚDE - REGISTRAR O NOME DA UNIDADE DE SAÚDE NOTIFICANTE.
- DATA NASCIMENTO - DEVERÃO SER ANOTADAS, EM TERMOS NUMÉRICOS, OS VALORES REFERENTES AO DIA, MÊS E ANO. Ex: 06 DE MAIO DE 1961 - 06/05/61. QUANDO A DATA FOR IGNORADA AS CASELAS CORRESPONDENTES DEVERÃO FICAR EM BRANCO.
- IDADE - REGISTRAR A IDADE DO PACIENTE EM ANOS COMPLETOS. NO CASO DE IDADE IGNORADA, ANOTAR A IDADE APROXIMADA.
- GRAU DE INSTRUÇÃO - REGISTRAR O GRAU DE INSTRUÇÃO MAIS AVANÇADO, MESMO QUE INCOMPLETO. Ex: PACIENTE COM 1º GRAU INCOMPLETO. REGISTRAR 1º GRAU
- NOME MUNICÍPIO - REGISTRAR O NOME DO MUNICÍPIO ONDE RESIDE O PACIENTE NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO DE AIDS. ESCREVER IGNORADO QUANDO O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FOR DESCONHECIDO.
- OCUPAÇÃO - ESCREVER O NOME DA OCUPAÇÃO. OBSERVAR QUE NÃO SE TRATA DO TIPO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO OU CATEGORIA FUNCIONAL. NÃO UTILIZAR TERMOS COMO FUNCIONÁRIO PÚBLICO. ESCREVER IGNORADO, QUANDO OCUPAÇÃO FOR DESCONHECIDA.
- DATA DO DIAGNÓSTICO - SER O MAIS PRECISO POSSÍVEL. O ANO DEVERÁ SER OBRIGATORIAMENTE PREENCHIDO. USAR OS DÍGITOS 99 PARA DIA E/OU MÊS DESCONHECIDOS. Ex: PACIENTE DIAGNOSTICADO EM JANEIRO DE 1991. REGISTRAR 99/01/91. NO CASO DE MORTO QUANDO A DATA FOR IGNORADA PREENCHER COM A DATA DO ÓBITO
- CATEGORIAS DE EXPOSIÇÃO - NOTAR QUE SE TRATA DE CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO E NÃO PRÁTICA SEXUAL. QUANDO O CONTATO SEXUAL NÃO FOR CONSIDERADO COMO CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO, MARCAR "NÃO SE APLICA". O CASO CLASSIFICADO NA CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO HETEROSSEXUAL OBRIGATORIAMENTE DEVERÁ TER PARCERIA CLASSIFICADA NO ÍTEM 32.

DATA DA TRANSFUSÃO - O ANO DEVERÁ SER OBRIGATORIAMENTE PREENCHIDO. EM CASO DE ANO IGNORADO ANOTAR ANO APROXIMADO. USAR OS DÍGITOS 99 PARA DIA E/OU MÊS DESCONHECIDO.

LOCAL/MUNICÍPIO - ESCREVER IGNORADO PARA LOCAL DESCONHECIDO

DADOS CLÍNICOS - NÃO DEIXAR CASELAS EM BRANCO NO CRITÉRIO CLÍNICO ADOTADO (CDC E/OU CARACAS)

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ANTI-RETROVIRAL

UF: ☐ Local de tratamento (nome da instituição): _____

1 - DADOS DO PACIENTE

Nome completo: _____

Nº de prontuário: _____ Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐ Peso: _____

Idade: _____ Caso Notificado: Sim ☐ Não ☐

2 - CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE

☐ Assintomático

Profilaxia:

☐ Sintomático

☐ RN mãe HIV+

CD4= _____ / mm³

☐ Gestante HIV +

☐ Acidente de trabalho

Data do exame: ____ / ____ / ____

3 - MEDICAMENTO

| AZT | | | |
|------------|---------------|-----------------|---------------|
| | cápsula 100mg | xarope 50mg/5ml | inj. fa 200mg |
| Quantidade | cap/mês | fr/mês | fa/parto |

| ddi | | ddC | |
|------------|-------------|-------------|---------------|
| | comp. 100mg | comp. 25 mg | comp. 0,75 mg |
| Quantidade | comp/mês | comp/mês | comp/mês |

| 3TC | |
|------------|-------------|
| | comp. 150mg |
| Quantidade | comp/mês |

| | |
|------------|----------------|
| Indinavir | cap. 400mg/mês |
| Ritonavir | cap. 100mg/mês |
| Saquinavir | cap. 200mg/mês |

Paciente em terapêutica anti-retroviral com: _____ + _____ + _____

Tratamento anterior: _____ + _____ + _____

4 - DATA E IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Data: ____ / ____ / ____

(Carimbo e Assinatura do médico)

5 - RESERVADO PARA O SETOR DE DISPENSAÇÃO

AZT cápsula 100mg: _____ ddC comprimido 0,75 mg: _____
AZT xarope 50mg/5ml: _____ 3TC comprimido 150 mg: _____
AZT inj. fa 200 mg: _____ INDINAVIR cápsula 400mg: _____
ddi comprimido 100mg: _____ RITONAVIR cápsula 100mg: _____
ddi comprimido 25mg: _____ SAQUINAVIR cápsula 200mg: _____

Responsável pela dispensação
Nome e Matrícula

Ministério da Saúde
Secretaria de Assistência à Saúde
Programa Nacional de DST/AIDS

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE GANCICLOVIR, IMUNOGLOBULINA, PENTAMIDINA E RESPIGARD

UF: ☐ Local de tratamento (nome da instituição): _____

1 - DADOS DO PACIENTE

Nome completo: _____

Nº de prontuário: _____ Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐ Peso: _____

Idade: _____ Caso Notificado: Sim ☐ Não ☐

2 - SITUAÇÃO DO PACIENTE.

CITOMEGALOVÍRUS

- ☐ Retinite ☐ Infecção aguda
☐ Outros ☐ Tratamento de manutenção

Especificar: _____

PNEUMOCYSTIS CARINII

- ☐ Infecção aguda
☐ Profilaxia

PARA PRESCRIÇÃO DE IMUNOGLOBULINA

- Criança com infecção sintomática (P2): ☐ P2D2
☐ Hipogamaglobulinemia
☐ Púrpura Trombocitopênica Idiopática
☐ Infecções bacterianas de V.A.S. repetidas (otite e sinusite)

3 - MEDICAMENTO/APARELHO

GANCICLOVIR FA 500MG

_____ fa/mês

PENTAMIDINA FA 300mg

☐ Parenteral ☐ Inalatória

IMUNOGLOBULINA IV HUMANA

_____ g/mês

_____ fa/mês

_____ Respigard/mês

4 - DATA E IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Data: ____ / ____ / ____

(Carimbo e Assinatura do médico)

5 - RESERVADO PARA O SETOR DE DISPENSAÇÃO

Ganciclovir fa 500mg: _____ Imunog. fr. de _____ g: _____

Pentamidina fa 300mg: _____ Imunog. fr. de _____ g: _____

Respigard: _____ Imunog. fr. de _____ g: _____
(quantidade fornecida) (quantidade fornecida)

Responsável pela dispensação
Nome e Matrícula